

医療過誤訴訟における医師の説明義務違反（五・完）

伊 澤 純

目 次

第一章 序論

第二章 医師の説明義務の根拠

第一節 日本における説明義務の発展

第二節 アメリカ法におけるインフォームド・コンセントの理論

第三節 日米法の比較

（以上六二号）

第三章 医療過誤訴訟の理論的枠組み

第一節 専門家としての医師の責任

第二節 診療契約の法的性質

第三節 医療過誤訴訟の法的構成

第四節 医療過誤訴訟における説明義務の特性

第四章 医師の説明義務の範囲

第一節 判例の分析

第二節 説明義務の類型的考察

第一款 各類型における説明義務の根拠

第二款 説明義務の阻却事由

第三款 強制的治療の際の説明義務

第三節 論点の整理

第一款 基準提示の意義

第二款 複合型判決の問題点

第三款 説明義務の範囲

(1) 基準の提示

A 最高裁判決から導かれる基準

B 下級審判決の分析から導いた基準

(2) 日米の基準の比較

第四款 説明義務違反の構造

第五章 結 論

付表 医師の説明義務違反に関する判例一覧

(以上六四号)

(以上六五号)

(以上六七号)

(以上本号)

第三節 論点の整理

第一款 基準提示の意義

インフォームド・コンセントの原則から生じる説明義務は、言うまでもなく専ら、医師の側に課せられる義務であり、説明義務の基準を提示することは、医師に対して行為規範を提示することになると考えられる。本稿の基準がどこまで法的な義務となりうるかは、以下に述べるように難しい判断を含むであろう。しかし、実務的な意味で提示された基準が医師の医療活動を容易にし、かつ啓蒙的な効果を果たすとすれば、本稿の目的はある程度達せられるわけであり、また、将来的に説明義務の法的範囲を觀察していくための枠組みを提示できたことになれば、それだけでも十分有意義であろう。

判例分析の結果から、わが国における説明義務の基準を抽出することは、判決例のほとんどが下級審裁判例である状況のもとでは、実際、極めて難しい作業といわなければならない。まず、第一に、最高裁判決に基づく基準と最高裁判決がない場合の基準とに区別して明示する必要がある。前者については、本来の判例ルールとして、下級審にも拘束力をもつ基準となるため、異論なくこの指針が尊重されるべきであるといえる。これに対して、後者の場合には、各裁判所ごとの判断が分かれることは、当然予想されるところであり、現に裁判所毎に、あるいは上級審と下級審で判断を分ける例が多く見られる。これをどう扱うかであるが、本稿では、仮に一つの裁判所においてであれ、説明義務が肯定されている問題については、これを肯定的な基準として採り上げることとした。その理由は、日本の裁判所が、既に具体的に説明義務を肯定した場合には、社会的に見て同じ判決が繰り返される基盤があるということの意味するので、医療側では、当然、説明義務を尽くすべく、警告を受けていると解することが妥当であるからである。また、そもそも医療には、患者の身体的素因、疾病の多様さゆえの不確実な要素が大きく存

在し、また、多様な価値観をもった多数の患者に接しなければならないのが医師の任務である。したがって説明義務の範囲を広く把握しておくことが不可欠であることも指摘しうる。

以下に打ち出す基準は、少なくとも、最高裁判決に基づかないものについては、これを守らなければ直ちに損害賠償義務が生じるという意味での法的な基準ではなく、この基準にしたがって説明義務を尽くしておくならば、医事訴訟の観点から安全であるという、最大公約数を示したということになると考える。説明義務のこのような捉え方は、企業がその経済活動を行う上で、被告として訴えられることがないよう、予め安全策をとるという場合の、企業法務におけるリスク・マネジメントの発想に通じるものといえる。⁽¹⁾ 本稿が提示する基準は、すなわち、現段階で日本の裁判所が示している説明義務の水準の上限を確認しているということになる。言うまでもなくこの上限は、現在進行形で変化し、おそらくは上昇しているはずであって、新たな説明義務を確認する判決は、次々に生まれている。今後はこれらを補充しつつ、医師の説明義務をさらに法的な基準として、系統的に明確にしておくことをめざしたい。また、当面の整理が、医療にとつての有効なマニュアルとなりうることも、積極的に肯定していきたい。

この意味で、さらに付け加えるならば、説明義務が否定された消極的判断の位置づけも、少なからず重要である。なぜなら、患者自身がそこに説明義務の必要性を認め、訴訟を提起してまでこれを要求しているのであり、将来的にこのような要望が重なれば、裁判所の判断がこれを認容する方向に動くことは十分予想されるからである。そこで本稿では、この種の否定例のうち、注目に値するいくつかのケースを採り上げ、とりあえず参考のかたちで、基準の一部に加えることとした。※を付したものはこの例にあたる。今後、マニュアルとして完成度を高める場合には、この側面からも整理を充実させたいと考える。

第二款 複合型判決の問題点

判例分析を行うにあたっては、当初から、個々のケースにおける説明義務違反の争われ方に着目して、これを複合型と純粹型に分けるという視点を立てた(本章一節参照)。複合型とは、医療過誤訴訟の原告患者側が、医師の過失として、主に手技上の過失を主張し、なおかつ併合的あるいは副次的に説明義務違反もあったと主張しているケースを指す。これに対して、医療上の医師の説明が不十分であったことのみをもって医師の過失があったと主張するケースを、本稿では純粹型と定義した。言うまでもなく、数においては前者が圧倒的多数であり、後者は全体の約一〇・二%を占めるにすぎなかった。

複合型判決は、説明義務基準の抽出作業という観点からみた場合には、純粹型と比較して、以下のような特徴を有しており、それらは、同時に分析作業の難しさの要因ともなっている。すなわち、以下のような諸点を指摘することができる。

- ① 手技上の過失と説明義務違反の過失の、どちらが真の争点であるかがわかりにくい。
- ② 説明義務は手技上の過失の立証負担を回避するための便法として主張されることが多く(いわゆる、医療過誤訴訟の受け皿構成要件と呼ばれる)、複合型では、その傾向が顕著となり、総花的主張がなされているケースもある。
- ③ 特に慰謝料等の損害の評価において、手技上の過失によるものと説明義務違反によるものが、名目上は区別されていても、実際には明確に峻別しがたい。
- ④ 予備的に説明義務違反が主張されているが、手技上の過失が明らかな場合などでは、結局、裁判所は説明義務違反の主張の当否についてまで判断しないことがあり、結局説明義務違反の有無について不明のままのケースもある。

複合型にみられるこれらの特徴は、説明義務判例の分析作業においては、明解な結論を導く妨げとなり、ひいては、その分析結果の信頼性をも左右しかねない要素となる。すなわち、特に上記②にも挙げたとおり、説明義務が医療過誤訴訟における手技過失の判断の調整的機能を果たしているとすれば、判例上で展開されている議論そのものが、法的な議論に耐えうるものであるか否かを、再度検証しなくてはならないことになる。しかし、本稿では、そのような疑念は、以下の理由で排除しても差し支えないと考えた。すなわち、説明義務の有無はそれ自体で独立した客観的判断となりうるものであり、仮に手技上の過失の立証不可能をカバーするために説明義務が肯定されたとしても、客観的にそのような義務の存在が認定されたという事情と、その意義自体の重要性に変わりはないと考えるからである。したがって、判例に現れた結論は、基本的には医師の説明義務本来の範囲を明示しているものである、との立場をとっている。ただし、個別の事案において導き出された、説明義務の有無に関する結論自体が妥当なものであるかを具体的に評価する際には、上述したような事情が存することを自覚しておく必要があると言えよう。

一方、純粹型の判例は、争点が単純であるため明解であり、一般的な説明義務基準を導き出すのには、最も適した素材である。純粹型の事例は、このように分析の結果を分かり易いものとするだけでなく、さらに患者の権利、就中、知る権利や自己決定権を拡張していく際の足がかりとしても重要な役割を担う。すなわち、純粹型判例によって得られた説明義務の基準は、そのまま、患者が有する説明請求権の内容とみることができ、説明義務のみを根拠として医師の責任を認める、これら純粹型の判決例が存在することは、患者の自己決定権や知る権利が、法的保護の対象とされていることの証左とみてよい。今後、これらの権利が、さらに広く社会的に認知されるに従い、純粹型の説明義務判例は増加してくるものと言えよう。

以下では、判例分析に基づいて、わが国における説明義務の基準を提示していくが、その基準は本来、純粹型の

判例のみから抽出されることが望ましいことは、既に述べたとおりである。しかし本稿では、複合型の判決例に依拠する部分が大きいため、基準の総合的評価においては、その点に配慮しつつ、結局、判例の提示する基準には、若干の不確実性の要素が含まれることを肯定せざるを得ないと考ええる。

第三款 説明義務の範囲

(1) 基準の提示

判例分析の結果から、わが国における説明義務の基準を抽出すると、概ね、以下のようにまとめることができる。

A 最高裁判決から導かれる基準

A・1 病状が不安定のまま退院する患者に対して、緊急に来院すべき場合を指示する際には、「何かあったらすぐ来るように」という説明では不十分であり、「黄疸が増強して哺乳力低下等が現れたら、すぐに来院するように」というように具体的に説明・指導しなくてはならない。〔183〕最判平成七・五・三〇)

A・2 癌の疑いが極めて高い患者が、病名を告知されないままに、来院を途絶した場合に、医師は本人、家族に対して、積極的に病名を告知する義務を負わない。〔182〕最判平成七・四・二五)

A・3 診療当時の医療水準を超える医療行為については、説明義務は生じない。したがって実施した検査が医療水準以上の内容であった場合に、その検査結果についても説明義務はない。〔111〕最判昭和六一・五・三〇、〔052〕最判昭和五七・三・三〇、〔031〕最判昭和五四・一・一二)

A・4 小学生の患者への一刻を争う緊急の開頭手術においては、手術の内容、危険性を本人もしくは法定代理人に告げる程度でよい。〔043〕最判昭和五六・六・一九)

A・5 輸血拒否の意志を表明している患者に無断で輸血することは説明義務違反となる。(226) 最判平成二二・二・二九

B 下級審判決の分析から導いた基準

a 承諾の前提としての説明義務 ([001] [004])

a・1 すべての侵襲行為は本人の承諾を得なければならない ([156] [070])。

例外1 緊急の場合、本人の意識・判断力がない場合には、承諾が免除される。

例外2 本人の意識がない場合には、家族、又はそれに準じる者の承諾が必要である。

a・2 家族の承諾も得られない場合には、事務管理の規定が適用される。

a・3 承諾は予めの説明を踏まえたものでなければならない。 ([155])

例外1 緊急のため詳細な説明をする余裕がない場合には、緊急度に応じた説明義務は軽減または免除される。 ([070])

例外2 患者が説明を受けることを拒否している場合や、特に強く治療行為の実施を望んでいる場合には、説明義務は軽減される。 ([106] [142])

a・4 説明においては、患者の病状を明示し、検査結果を開示しなければならない。 ([029])

a・5 説明においては、侵襲行為の内容を具体的に明示しなければならない。「具体的に」とは、行為の実施方法、実施部位、目的、効果、予後、合併症、後遺症、回復期間を指す。 ([014] [080] [157] [185])

[217] [233]

※ a・6 手術に際して、執刀医の氏名を告げることは、説明義務とされていない。 ([100]) (ただし、一般的な

マナーとして、また取り違え事故防止の観点からは、執刀医自らが術前に患者に挨拶することは推奨されている。

a・7 説明は真実であり、かつ正確でなければならない。〔017〕

a・8 説明は本人に対してなされなければならない。〔006〕

例外1 ただし、本人の意思能力に問題がある場合には、上記 a・2、3 の例による。〔027〕

例外2 説明内容が癌の告知を伴うなど、患者の心身に医療上の悪影響が及ぶ恐れがある場合は、家族への説明などで代替が認められる。〔059〕

a・9 成功率および行為の危険度を説明しなければならない。〔014〕〔016〕

a・10 発生頻度が極端に低い危険は説明しなくてもよい。(麻酔や造影剤の副作用、薬剤のアナフィラキシ
ーショック等の危険) 〔041〕〔054〕〔106〕

例外1 ただし、以下の場合には発生率が低くても原則どおり説明しなければならない。

(1) 疾病そのものの死亡の危険性が小さい場合に行う手術。〔016〕

(2) 患者の持病が治療との相互作用によって危険を増悪させるおそれがある場合。〔011〕

(3) 患者が積極的に説明を求めてきている場合。〔027〕

(4) 能書や厚生省からの情報を通じて警告が発せられている危険。〔186〕

a・11 当該侵襲行為により得られる効果(改善度)を説明しなければならない。〔159〕〔162〕

a・12 新たに侵襲行為を拡大する場合には、別個の説明が必要となる。〔114〕〔167〕

例外1 緊急時にはこの限りではない。〔156〕

a・13 既に患者が知っている内容は、それが患者個人の固有の知識によるものか、内容が常識的なものであ

るかを問わず、説明しなくともよい。〔10〕〔41〕〔49〕〔21〕

※ a・14 麻酔を実施すること、及びその方式に関しては、手術や検査本体の説明とは別個に説明が必要となる。

※ a・15 麻酔に使用する薬剤の名称については説明義務はない。

a・16 美容整形手術においては、仕上りの美容的側面について、特に詳細かつ具体的に説明しなければならぬ。「具体的に」とは、特に手術により生じる瘢痕の有無、程度、治療効果の限界などを指す。〔184〕

a・17 避妊手術においては、手術後の妊娠の可能性について、特に詳細かつ具体的に説明しなくてはならない。「具体的に」とは、精管結紮手術、卵管結紮手術においては、精管・卵管の再疎通による妊娠の可能性など、治療効果の限界に基づく注意事項を指す。〔114〕〔191〕

b 治療方法選択の前提としての説明義務

b・1 複数の治療法が考えられる場合には具体的に例示する。〔168〕

b・2 患者が各治療法を比較検討することができる程度の情報を示さなくてはならない。〔185〕

b・3 医療水準を超える治療方法については説明する義務はない。〔118〕〔170〕

b・4 ただし、患者が質問した場合には、医療水準を超える治療方法についても、説明者が可能な限り説明すべきである。

b・5 医療水準内の治療方法については、たとえその医師、医療機関では行えないものであっても、説明しなくてはならない。

b・6 医師が自ら進んで医療水準以上の内容を説明する場合には、信義則上、責任が加重される。誤った知識を与えた場合には、当人に責任が生じる。〔173〕

b・7 患者が理解不足から非合理的な選択をしようとしている場合には、患者の利益のために助言しなくてはならない。〔177〕

c 療養指導としての説明義務

c・1 生活面での注意指導をしなければならない。特に禁酒、食餌制限など、ある行為の禁止を内容とするもの。〔002〕〔174〕

c・2 患者が未完治のまま帰宅する場合には、次に来院すべき日程・日時、あるいは来院すべき状況についての指示を与えなくてはならない。〔179〕

c・3 自宅療養に入る際には、その後に起こりうる症状、危険等についての知識を提供しなくてはならない。〔151〕

c・4 自己の施設で対応不可能であり、かつ他の施設では対応可能な症例については、積極的に転医を指示しなくてはならない。〔180〕〔181〕

c・5 薬剤の副作用のうち、生命の危険性が重大なものは、たとえ発生率が低くとも、a・10の基準に拘わらず、説明しなくてはならない。〔186〕

c・6 癌など、疾患の性質上、患者に正確な情報を伝えていない場合には、受診中止等の行動がみられた場合、患者本人または家族等を追跡し、受診を説得する義務がある。〔175〕

d 知る権利としての説明義務

d・1 患者が癌に罹患している場合には、本人が少なくとも家族にはその事実を知らせなければならない。但し、最高裁判例とは矛盾する。〔206〕

※ d・2 患者からのカルテの閲覧・謄写（開示）請求権は認められない。（〔115〕）（ただし、医療実務上、開示請求には応じることとされているので今後は、この類型に基づいて説明義務を肯定する裁判例が登場すると予想される。）

e 類末報告としての説明義務

e・1 患者死亡後の遺族に対する死因説明が困難な場合には、病理解剖を提案しなければならない。但し、この義務は、上級審で否定されており、未発展の類型である。（〔166〕〔193〕）

(2) 日米の基準の比較

既に第二章第三節の考察でも触れたように、医師の説明義務に対する考え方の、米国とわが国との相違は、当然、それぞれの文化的な背景に大きく依存する。すなわち、医師の説明義務の問題における、わが国の国民性、文化的特質は、家制度の名残りをとどめる伝統的な日本型の共同体社会のなかで古くから培われてきたものであり、それは、いわゆるバターナリズムと極めて密接なものといつてよい。さらに、ほぼ単一民族国家に近い状況がある。また島国としての地理的、人種の背景からは、個人と個人が何らかのとりきめをする際に、逐一、詳細な話し合いを経なくとも、「なあなあ」あるいは「間合い」で理解しあえてしまうという特殊性が指摘されてきた。また、こうした改まった説明を必要としない国民性においては、当然にこれを法的な義務として主張しようとする動機づけも極めて希薄であった。したがって、医療一般に関しても、詳細な説明を必要とする環境とは、対極的な状況であったと思われる。

他方、米国においては、広大な土地に多数の人種・民族が生活するという環境から、必然的に個人相互の意思確

認という手続きは、社会生活のあらゆる面で不可欠であった。また、米国の建国の歴史を見ても、当初から人権に対する国民の自覚は高く、とりわけ、身体の完全性に対する法的保護の意識は濃厚であった。⁽³⁾したがって医療行為における医師の説明義務、インフォームド・コンセントの法理が、米国で重視されるのも首肯しうるといえよう。

以上のような文化的背景の相違を前提として、わが国の判例の分析結果から得られた基準と、米国における説明義務のあり方を比較する場合、両国の医療過誤訴訟、あるいは説明義務訴訟の件数の違いにも目を向けておく必要がある。日米の統計年次を揃えるため、一九九六年(平成八年)の数値で比較した場合、わが国の第一審裁判所における民事医療過誤訴訟件数は、新受が五八一件、判決及び裁判上の和解を含む既済が四三二件であったの⁽⁴⁾に対して、米国連邦地方裁判所では、新受が二三三〇件、既済が一三四四件(うち、事実審理を経て解決したのは一五一件)、米国の大規模七五郡の州第一審裁判所で事実審理を経て解決したものが二二〇一件であった(州裁判所の全既済医療過誤事件数の統計はないが、通常、米国の民事訴訟事件の大部分は、事実審理に至らず解決すると言われていることからすれば、一五、〇〇〇件は下らないものと考えられる⁽⁵⁾)。一方、説明義務違反事件のみに関する統計は日米ともに見あたらず、わが国に関しては、昭和五〇年代以降、本格的に説明義務訴訟が展開され、現在までに公刊されたものだけで、二三〇件程度であることが判明しているにすぎない。しかし、医療過誤訴訟全体の件数比較からみる限り、米国では連邦と五〇州のそれぞれの法域を総合すれば、年間においてもこれをはるかに上回る数の説明義務訴訟が争われているものと推測される。これらの数字からでも米国の訴訟社会としての側面を、断片的に垣間見ることはできよう。

両国の判決の内容の面からみた、最も顕著な相違点は、基準の画定における視点の違いに求めることができる。米国における説明義務の基準をめぐる議論は、主に、基準となるべき人を誰とするかという、「主体」についての関心を中心であったと言ってよい。したがって、判例の変遷も、この基準が、医師側か患者側か、合理的患者か具

体的患者か、といった論点をめぐって展開されてきたのである。しかるにわが国では、このような普遍的な広がりをもつ基準へと結びつくような議論は希薄であった。すなわち、訴訟においては、当該事案の状況のもとで当該医師が説明すべきであったとされる内容そのものが、説明義務の基準として判決中に現れてくるのであって、その判断の過程で、如何なる主体が基準におかれたのかは、明示的にはされていない。また、学説においても、この点に關して米国の議論を参照するものは多いが、わが国の理論に反映させる作業が充分とはいえない状況がみられる。⁽⁶⁾このような状況のもとで、ごく最近、具体的患者基準を適用したとみられる説明義務判例が登場したことは注目値する。⁽⁷⁾

このような、説明義務の捉え方そのものの違いについては、先に述べた文化的背景がその基盤にあるとしても、結局、その文化的相違がもたらした、訴訟件数の差から生じたものといえよう。すなわち、アメリカ法は、その訴訟数の多さ故に、説明義務に関する判断基準の明確な提示が不可欠であった。他方、わが国には、そもそも医師が患者に対して診療上の説明を行うという習慣が極めて乏しかったという前提を踏まえて考えるならば、わが国では、医師基準の基になる、説明範囲に関する当該医療コミュニティにおける水準が存在し得ず、したがって裁判所は、直裁に個別・具体的な事例の解決へと向かわなくてはならなかったであり、医師基準が患者基準かという議論の余地さえなかったとみることができる。しかし、このような個別事例に対する判断の集積は、やがて、医師が守るべき医療水準を形成することになる。

さらに、わが国の説明義務をめぐる状況としては、上記のような理論体系の未熟さから、未だ説明義務の独立性が認められていないという理解が可能である。すなわち、アメリカ法におけるインフォームド・コンセント法理のもとでは、患者に発生した損害が、医師の過失によるものかその他の原因によるものかに関係なく、説明義務の十分があれば、医師は常に責任を負うことがある、という考え方が明確にされている。⁽⁸⁾わが国では実務的に、未だ

そのような状況が定着していないことは、わが国の説明義務判例のほとんどが複合型であるという事実からも説明することができよう。⁽⁹⁾

このように、わが国と米国とでは、説明義務の基準に関して、本質的に視点が異なることから、これを直接に比較することは容易ではない。しかし、現実に説明義務が争点とされた事例の集積を眺めることによって、それぞれの特色をある程度明確にすることが可能であり、これをアメリカ法の考え方で再構成することも、将来的には可能かつ有意義なことと考える。以下、具体的な9つの問題について、わが国の基準と米国における基準との異同をみていくこととする。

a) 本人に対する癌の病名告知

わが国の裁判例では、癌病名を本人に告知することは、未だ法的義務として認められるには至っていない。平成七年の最高裁判決では、事案の個別事情もあつてか、家族に対する告知義務も否定する結論となっているが、下級審判決では、家族に対する告知義務を肯定するものも見られた。

米国では、治療上の特権として、神経質な患者への説明を、医師が差し控えることを認める例も見られるが、⁽¹⁰⁾ 方、たとえばメイン州では制定法において、患者が乳癌の場合について、化学療法や放射線療法、外科的療法等の利害得失を患者本人に情報提供することが義務づけられている。⁽¹¹⁾ いずれにせよ、実体としては、現在、米国ではほぼ全ての場合に、癌の告知が行われていると指摘されている。⁽¹²⁾ これは、多分に、後に患者や遺族から訴訟を提起された場合に備えて、医師が防衛的に告知しているためと考えられる。⁽¹³⁾

b) 病名告知や説明における家族の役割

患者本人に告げることが適當でない情報や、患者本人への説明が物理的に不可能な場合に、家族等の第三者への説明が認められ、また、そうすることが説明義務の内容とされていることについては、日米において確認された。

日本では、未成年の患者の親、成年の患者の配偶者、高齢患者の成年の子に対する説明義務を認めた裁判例が存在する。

他方、米国では、本人への説明が重視される反面、意思決定における家族の役割にも社会的な意義が与えられている。すなわち、末期医療や蘇生措置の非実施 (DNR order) 等の決定が中心ではあるが、後見人が指定されている場合には患者の家族の中から、配偶者、成年の子、親、成年の兄弟姉妹、等の順序で primary caregiver と呼ばれる者を選任し、本人の医療行為についての決定、治療の同意や説明を受けることが一任される場合がある。⁽¹⁴⁾ さらに、米国、イギリス、カナダを始めとする諸外国では、より一般的な規定として、健康な者が、将来、意思能力を失った場合に、本人に代わって医療に関する決定を行う者を、予め指定しておくものとして、持続的委任権 (Durable Power of Attorney) 制度がある。⁽¹⁵⁾

わが国においても、本格的な高齢社会の到来、また、平成一二年四月から実施されている公的介護保険の導入に伴い、今後、医療・保健分野において、本人の意思表示や本人への説明が困難となる事例が多発するものと予想される。このような問題意識から、民法改正というかたちで成年後見制度が立法化された。⁽¹⁶⁾ 成年後見制度は、従来の禁治産・準禁治産制度の硬直的な部分を改善して、残存した意思能力の程度に応じた補完制度を用意し、私人の経済活動を法的に安定化させる趣旨の立法施策である。⁽¹⁷⁾ したがって、医療契約や介護契約等の締結に際しては、ある程度威力を発揮しうるが、その詳細な内容である、個々の具体的な治療法の決定等に関しては、個別的な立法による対応、あるいは、別個の判断枠組みが必要ではないかと考えられる。

c) 知る権利の保障、純粋型判決の例

知る権利が最も純化されたものとして、診療記録等に対する閲覧・謄写請求権（いわゆるカルテ開示請求権）がある。米国では、州によって、判例か制定法の形式をとるかは異なるものの、大部分の法域で、カルテ開示請求権が認められており、この点での知る権利は保障されているといつてよい。

他方、わが国の裁判例では、診療録閲覧請求権を正面から争った事案でこれが否定され、⁽¹⁹⁾ 癌告知についても最高裁判決で否定的な判断が示される一方、遺族に対する遺体解剖、死因解明義務を肯定する判決が登場する（但し控訴審では否定）⁽²²⁾ など、今後の推移が注目される状況といえよう。また、カルテ開示請求権については、立法化の是非をめぐる議論が展開されるなかで、日本医師会がこれに反対の立場をとりつつも、独自の指針を倫理規範として作成しているという状況がある。また、国立大学付属病院でも同様の動きが見られ、実質的には、患者自身のカルテへのアクセス権は保障されつつある状況が確認できる。⁽²³⁾ 今後は、これをどう法的な評価に結びつけていくかが課題である。

また、説明義務の問題のみを争点とする純粋型の事例もわが国の判例では極めて少数であった。この点に関して、米国法においては、医師の説明義務は、患者の傷害が医師の手上的過失に起因するか否かとは無関係に判断される⁽²⁴⁾ のと考え方が示されており、法域による差はあるものの、説明義務の独自性が強く認められている。

d) 執刀医の明示

一般的には、手術の執刀医が誰であるかを、口頭での術前説明の機会などに、執刀医自らが臨場するなどして、明示することは、患者の心理的な安心感を増すうえで、効果的であるばかりか、医師と患者が互いに顔を確認しあうことによって、「取り違え事故」を防ぐことにも効果がある。しかし、わが国の裁判例においては、少なくとも

説明義務の一環として、執刀医を明示せよ、との判断を示した事例は見あたらなかった。また、本来、執刀する予定とされていた医師の代わりに他の医師が執刀したという場合にも、医師側の責任は否定されている。⁽²⁵⁾

この点につき米国法では、手術に対する患者の同意は、当該執刀医との間でのみ有効な意思表示と捉える傾向が強いようであり、手術時に別の医師が執刀した場合には、*Baehr*が成立するとされている。⁽²⁶⁾ また、たとえばニュージャージー州では、州の免許を得た病院を受診する患者は、自身の治療のコーディネートに責任を負う医師の氏名を知ることが、制定法上、患者の権利というかたちで保証されている。⁽²⁷⁾ 日米の説明義務のレベルの違いを顕著に示す好例といえよう。⁽²⁸⁾

e) 治療方法の選択

わが国の裁判例では、代替的治療法についての利害得失を、患者が判断しうる程度に説明することが医師に課されておき、この点は米国と大きな差異はないように見受けられた。

ただし、アメリカ法では、制定法のなかで、説明すべき内容を、代替的治療法の利点、危険、具体的な治療法の種類に至るまで、詳細に規定するなど、わが国より具体的かつ確実な権利保障がなされている事情が見られる。⁽²⁹⁾

f) 医療水準を超える場合の説明

診療当時の医療水準では、通常行わないような高度な治療法を、医師が提案した場合に、その治療法の内容や危険性に関する説明義務は、通常の治療の場合に比べて、加重されることが、わが国の判例においてみられた。

同様な説明義務の加重事例は、アメリカ法の一部においても確認された。すなわち、通常、医師の説明義務の範囲は、疾病の治療に効果的とされる、医療水準で承認された方法についての説明義務を負うが、非治療的な方法に

については、医師が自ら提案した場合に限って、危険に関する説明義務を負う、とされた事例がある。⁽³¹⁾

g) 投薬時の説明、薬剤名等の情報提供

日本法の下では、処方した薬剤の副作用に関しては、通常生じうるものについては説明義務が生じ、また、たとえ発生率が低くとも、生命に重大な影響が起こりうる危険については、説明義務を課す判例がみられた。

米国においては、当初、インフォームド・コンセントの法理は、主として外科手術などの侵襲的医療行為に限って適用するとの考え方が主流であり、⁽³²⁾ 薬剤の投与・処方は、侵襲的ではないことから、同法理の適用が除外されていた。⁽³³⁾ しかし、今日では、薬剤の副作用については、主治医が説明すべきであるとの判断が、裁判所によって示されている。⁽³⁴⁾

h) 麻酔ショックの危険等の説明の扱い

麻酔を実施すること自体の説明については、手術を行う際の説明義務の範囲に含まれるとされていたが、他方、麻酔に伴うショックについては、危険の発生率が著しく低いことを理由に、わが国の多くの裁判例は、説明義務の範囲から除外している ([041] [054] [106] [033] 例等参照)。

米国においても、たとえばペンシルバニア州では、制定法で麻酔の実施そのものについての説明義務を規定していることが確認され、⁽³⁵⁾ また、実際に麻酔の危険に関する説明義務を尽くさなかったために責任を問われた事例もみられた。⁽³⁶⁾ ただし、一般的にどの程度の確率で発生する危険までが、説明義務の範囲に含まれるのかについては、明確な基準を見いだすには至らなかった。

i) まとめ

以上八項目にわたって、日米法の間にみられる説明義務の相違点を指摘してきた。比較という手法から導かれる結論としては、①両法に類似・共通する点、②両法に顕著に相違する点、とがあり、中間に、特徴として抽出するまでには至らない、現象的な相違があるということになる。また、それぞれにつき、その背景となる理由を指摘することができるはずである。

まず、日米両法に共通する点としては、病状の説明等の場面において家族が比較的重要な位置づけをされている点があげられよう。一般に欧米は個人主義が発達しており、あくまでも患者本人への説明を徹底するものと考えがちであるが、やはり米国においても、本人への説明が難しい場合などに備えて、家族への説明と、その者の同意をもってインフォームド・コンセントとするシステムが活用されていることが確認された。しかし、米国の場合には、後見人が家族に代わる場合がかなり見られ、この点は日本における家族主義との違いを示しているといえよう。

また、通常の診療の範囲を越える内容については、医師が自ら率先して説明した場合、患者からの積極的な質問があつた場合⁽³⁷⁾に、特別に高度な説明義務が課されることも日米共通の特徴であつた。

他方、両法の特徴的な差違としては、まず、説明義務をめぐる制度的な環境の違い、すなわち、米国では高度に制定法が発達していることが目をひく。現在、わが国では、医師の説明義務に関しては、医療法第一条の四第二項の規定、あるいは、健康保険法に基づいて制定された保険医療機関および保険医療費担当規則（昭和三十二年厚生省令第一五号）の第一三条乃至第一五条の規定以外に見るべきものはないのと比較すれば、各州ごとに内容の差はあれ、制定法が設けられている米国の実状⁽³⁸⁾は、遠く及ばない状況といえる。

さらに、米国においては、医師・患者関係を契約的な側面から把握する見方が強いことも特徴といえよう。その一例として、患者がある医師との間でなした手術の承諾は、その医師との間でのみ有効であり、実際には代わりの

医師が執刀した場合には、batteryが成立するとされることがある。また、病院独自の説明義務については、米国の多数説判例はこれを否定しているが、他方、わが国では、これが裁判上争われた事例は見あたらなかった。³⁹⁾ そもそのような問題意識が芽生えること自体が、わが国との比較において、法的社会としての熟度が高いとみることはできよう。

このような米国の現状は、わが国の現状との比較において、しばしば、患者が説明を受ける機会に恵まれていて、理想的環境とみられることが多いが、現実には、次のような問題があることにも目を向けなくてはならない。すなわち、米国での説明義務の履行は、現在では、極めて詳細にわたっている。これは、これまでのインフォームド・コンセントに関する訴訟の経験から、医師、医療機関が極めて防衛的となり、後に説明不十分を理由に法的責任を追及されることのないよう、より多くの内容を詳しく説明しようとするためである。そのため臨床現場では、説明に要する時間を短縮する工夫がなされている。すなわち看護婦や事務職員が予め質問票をもとに患者のインフォームド・コンセントを取得し、同意のない部分、疑義のある部分についてのみ、診察時に医師が質問をし、最終的に患者が納得してサインをすれば、医師による説明と承諾取り付けが行われた、とするのである。また説明した事実を後の紛争に備えて、明確な記録として保存することも習慣化している。このように米国における医師の説明義務は、今や紛争回避という目的が先行した、形式的なものとなっている点は否定し得ない。

第四款 説明義務違反の構造

本稿の主たるテーマは、医師の説明義務の範囲を明確にするとともに、医療過誤訴訟における説明義務違反の理論的位置づけを明確にするところにあった。説明義務違反を医療過誤訴訟における医師の過失という側面から觀察する場合、そこには通常の手技上の過失と比較して以下のような大きな特徴を見て取ることができる。すなわち、

通常、医療過誤訴訟の場合では、被告である医師にどのような過失があったかを問う際に、手技上の過失を問題とする場合には、医師が行った手技、あるいは不作為が、裁判官の規範的判断を通じて、それが法的責任を問うに値するものか否かが決せられることになる。

他方、説明義務違反を医師の過失として争う場合には、まず、過失判断の中心は事実認定に置かれることになる。もともと、問題となる説明事項を一般的な医師の説明義務の範囲とすべきものか否かについては、規範的判断が必要に応じてなされることになる。しかし、そこで医師の注意義務が規範(すなわち、説明義務の範囲)として定立されれば、その後の、当該医師に固有の行為について過失の有無を判断する場面では、その医師が当該説明をしたか否か、という単純な事実認定の問題として扱われることになる。その上で、その結果に対して、阻却事由が適用されるか否かの判断が加えられて、最終的な責任の有無が導き出されるわけである。

これら一連の過失判断において、訴訟上、最も当事者の利害に関係するのが、举证責任の問題である。過失の举证責任については、医療過誤訴訟を不法行為に基づいて構成するか、債務不履行によるかで、純理論的には異なる側面を有するが、実務上は、举证責任の転換などの法技術を活用することによって両構成間に実質的な差異はなくなっているという状況がある。しかし、説明義務違反の過失認定において上記のように事実認定に重点がおかれるという特性を踏まえるならば、これを举证責任の局面にも積極的に反映させる試みも、十分可能であろうと考えられる。すなわち、「同意の前提としての説明義務」、「知る権利としての説明義務」、「顕末報告義務としての説明義務」などは、説明があったか否かという事実認定の問題に直結する説明内容であるので、立証も容易と思われ、患者側に举证責任を負わせることが妥当である。一方、「療養指導としての説明義務」や「治療方法選択の前提としての説明義務」のうちの一部のものについては、説明の範囲、態様、方法、内容の医学的評価等につき、医学的判断ないし規範的判断の要素を含む可能性が高いので、義務の履行を医師側において立証させることが妥当と考えら

れる。

(1) 既に米国では、医療事故の防止とともに、医事紛争による経済的損失を防止するという観点からのリスク・マネジメントも高度に発達しており、特に医師賠償責任保険を扱う損害保険会社を中心となつてこのようなノウハウを開発している。

(2) 平成一年四月、日本医師会は「診療情報提供に関する指針」を採択し、原則として患者からの求めがあつた場合には、診療録の閲覧・謄写に応じることを医師の倫理的な責務として定め、一二年一月から実施に移している。この指針は、日医会員のみを対象とするものではあるが、病院団体、学会との間でも基本的にこの指針を尊重することが取り決められており、ほぼ医療界全体の標準と位置づけられている。なお、平成一〇年六月には、厚生省の「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」(座長・森島昭夫教授)がこの問題を法制化して、医師の法的義務として規定することを提言した。これを受けた厚生省医療審議会においても引き続き法制化の是非について議論がなされたが、平成一年七月に出された同審議会中間報告では、診療録開示の法制化について賛成意見と反対意見が両論併記され、当面は、医師会による自主的な取り組みの推移を見守ることとしている。

(3) 一九一四年の *Schrendorf v. Society of New York Hospital* 事件判決における Cardozo 判事の「成人に達し、健全な精神をもつすべての人間は、自分の身体にながなされるべきかを決定する権利がある。したがって、患者の同意なしに手術をする主治医は暴行を犯すことになり、その損害への責任を負う」(訳文は、R・フェイドン/T・ビーチャム著、酒井忠明・秦洋一訳「インフォームド・コンセント」患者の選択―(みすず書房、一九九四年)一〇一頁)という意見が、この考え方を言い尽くしているといえよう。上記文献も指摘するように、この Cardozo 判事のコメントは、その後のインフォームド・コンセント訴訟においても多く引用されているという。

(4) 手嶋豊「医師の責任」山田卓雄編集代表『新・現代損害賠償法講座第3巻 製造物責任・専門家責任』(日本評論社、一九九七年)三四頁、日経新聞平成一〇年八月二二日、読売新聞平成一年三月二六日。最高裁事務総局のまとめによれば、医療過誤訴訟の第一審新受件数は、ここ五年間で六割、一〇年間で七割の増加をみせ、平成九年一年間では五九五件、一〇年には六二九件に達したという。なお、昭和四五年から六二年までは最高裁が資料を公表していた(加藤一郎・鈴木潔編『医療過誤紛争をめぐる諸問題』(法曹会、一九七六年)三二頁、最高裁事務総局編『医療過誤関

係民事訴訟事件執務資料」(法曹会、一九八九年)九頁)が、それ以降については、上記文献、報道等による独自調査(最高裁事務局への聞き取り)の結果以外には資料がない。

- (5) judicial Business of the United States Courts 1998, 同1997, The Administrative Office of the U. S. Courts, (<http://www.uscourts.gov/publications.html> (1999. 10. 10)). U. S. Department of Justice, Office of Justice Program, Bureau of Justice Statistics Bulletin "Federal Tort Trials and Verdicts, 1996-97" (February 1999, NCJ 172855), 同"Civil Trial Cases and Verdicts in Large Counties, 1996" (September 1999, NCJ 173426) および「コーネル大学 W. W. W. サイター (<http://reddy.law.cornell.edu:8090/cgi-bin/is/betall> 8797 (1999. 10. 06)) 上での検索より集計した。

なお、米国連邦地裁の医療過誤訴訟新受件数は、一九九七年度が一三六八件、一九九八年度が一三三二件であり、横這いから微減傾向にある。上記注(4)でみたわが国の急増傾向と比較して興味深い数値である。また、わが国では新受件数が既済件数を大きく上回り、未済件数が毎年増加していることも米国とは対照的である。このように訴訟件数の増減率からみるかぎり、「医療過誤危機(medical malpractice crisis)」は、今後米国では収束に向かい、むしろわが国で顕著となってくるのではないかと予想される。

- (6) もつとも、新美教授は、わが国の判例の多くは、概ね、合理的医師説をとるものとして位置づけられている。また、合理的患者説をとると思われるが、その旨を明言しない判例もいくつが存在するとされる(新美育文「医師の説明義務と患者の同意」ジュリ増刊「民法の争点Ⅱ」二二〇頁、二二二頁参照)。

- (7) 「195」高松地判平成九年三月一日判時二六五七号一一〇頁、判タ九〇七号二〇一頁。同判決を合理的患者基準と具体的患者基準の折衷的なもの、あるいは具体的患者基準に近い基準を採用したものと位置づける評釈として、岡林伸幸「判批」判例評論四八七号二六—二七頁参照。

- (8) たとえば、Housh v. Morris, 818 S. W. 2d 39, 42 (Tenn. Ct. App. 1991)。

- (9) もつとも、アメリカ法においても、複合型の事例は、インフォームド・コンセント訴訟全体のなかでは、多数を占めるものと思われる。しかし、統計的な分析は見いだせず、また本稿でもこれを扱う余裕がなかった。なお、同様の指摘をするものとして、ロバート・レフラー(樋口範雄訳「日本とアメリカのインフォームド・コンセント・レトリック、現実、そして政治」石井紫郎・樋口編「外から見た日本法」(東大出版会、一九九五年)一二〇頁参照。

- (10) Nishi v. Hartwell, 473 P2d 116 (Hawaii 1970).

- Roberts v. Wood, 206 F. Supp. 579 (S. D. Ala. 1962).
- Tibodeau v. Keeley, 617 N. Y. S. 2d 183, 184 (A. D. 1994).
- また、制定法上「患者への悪影響の恐れがある場合に、治療上の例外を認めるものとして、たとえ、Alaska Stat. § 09. 556 (b) (4)」。
- (11) Me. Rev. Stat. Ann. tit. 24, § 2905-A (1).
- (12) 森岡恭彦「癌の告知とインフォームド・コンセント」日本医師会雑誌一一八—一二三、大林完二「橋本信也」『病名告知とインフォームド・コンセント』(日本医師会雑誌一一五—一二〇八)参照。一九七九年に行われた、Novakらの調査(Journal of American Medical Association 1979; 241: 897-900)によれば、米国の医師の九八パーセントは、患者に癌を告知しているところである。一方、同じ方法を用いて行った、一九六一年のOkenの調査(Journal of American Medical Association 1961; 175: 1120-1128)では、告知すると答えた医師は、二パーセントに過ぎなかったという。さらに、樋口教授がこの問題に関する日米比較を紹介された論稿として「The Patient's Right to Know of a Cancer Diagnosis: A Comparison of Japanese Paternalism and American Self-Determination, 31 Washburn LJ 455, 456 (1992) 参照。
- (13) 水野肇『インフォームド・コンセント』(中公新書、一九九〇)九七頁参照。
- (14) 米国における家族による医療の代行判断につき、石川稔「医療における代行判断の法理と家族」(順孝一、石川稔編『家族と医療—その法学的考察』(弘文堂、一九九五年)四八頁参照。なお、同文献五八頁の紹介によれば、家族の順位として、多くの州法は、本文記載のものを挙げ、その他にニューヨーク州法(N. Y. Pub. Health Law § 2961-5)やイリノイ州法(III. Health Care Surrogate Act § 851-25 (a))では「親密な友人(close friend)」(＝多くは同棲相手)なども加えられているという。
- (15) 米国では、州によって詳細は異なるが、州法の統一モデル法として、Durable Power of Attorney Act 1979 Actがある。米国の本制度についての紹介として、志村武「アメリカにおける任意後見制度—日本法への示唆を求めて」ジュリー一一四—一五七号以下参照。
- (16) 平成一年法律第一四九号。あわせて、任意後見契約に関する法律(平成一年法律第一五〇号)も施行された。
- (17) 法務省民事局参事官室編「成年後見制度の改正に関する要綱試案」。なお、諸外国の事例を交えて本問題の特集したものととして、ジュリー一一四一—一四一参照。

- (18) たとえば、ミネソタ州 (Minn. Stat. Ann. § 144.335/保健記録アクセス法と呼ばれるもの)、ニューヨーク州 (Public Health Law § 17) などが著名である。これらの制定法については、丸山英二「アメリカ法における医療記録」年報医事法学 一号八九頁が詳しく、またミネソタ州法については、外国の立法三二巻二号二六頁以下に紹介がある。
- (19) [115] 東京高判昭和六一年八月二八日判時二二〇八号八五頁。
- (20) [182] 最三小判平成七年四月二五日民集四九巻四号二一六三頁、判時一五三〇号五三頁、判タ八七七号一七一頁。
- (21) [193] 東京地判平成九年二月二五日判時一六二七号二一八頁。
- (22) [204] 東京高判平成一〇年二月二五日判時二六四六号六四頁。
- (23) 前掲注(2) 参照。なお、わが国におけるカルテ開示についての各種ガイドラインを比較考察したものとして、石崎泰雄「日本の病院における『カルテ開示』の法的問題点」法律時報七三巻二号六二頁参照。
- (24) Housh v. Morris, 818 S. W. 2d 39, 42 (Tenn. Ct. App. 1991).
- (25) [30] 山形地判昭和六〇年十一月一日判タ五八六号七六頁。
- (26) Guehard v. Jabay, Ill. App. 3d, Ill. Dec. 498, 452 N. E. 2d, 751 (1983).
- (27) Ker v. Carlos, 582 N. E. 2d 860 (Ind. Ct. App. 1991). など。
- (27) N. J. Stat. Ann. § 26:2H-12, 8. b.
- (28) わが国でも、医療法第一四条の二は、病院の開設者が、一定の事項を病院内に掲示することを義務づけており、同条第二号は「診療に従事する医師又は歯科医師の氏名」を列挙事由の一つとしている。しかし、これは、医師の氏名を掲示するだけであり、ニュージャージー州法が保証するような、担当医が誰かを知る権利には及ばないとみるべきである。
- (29) たとえば、前掲 Me. Rev. Stat. Ann. tit. 24, § 2905-A (1) では、乳癌の患者に対しては、口頭と書面で、乳癌に対する代替的な治療法を説明しなくてはならず、その説明内容には、外科手術、放射線治療、化学療法、その他一般に容認されている治療法を含み、それぞれの長所、短所、通常最も起こりうる危険等について触れなくてはならない、と規定している。
- (30) 患者の包括的な自己決定権を定めたアメリカ連邦法として、Self-Determination Act 1990. がある。なお、星野一正「インフォームド・コンセント・日本に馴染む六つの提言」(丸善、一九九七年) 七四頁以下参照。
- (31) Scalare v. Stenson, 211 Cal3 App. 3d 1456, 260 Cal. Rptr. 152, 156 (1989).

- (32) Prosser and Keeton on The Law of Torts (5th ed) 190 (West, 1984).
- (33) たとえば、Boyer v. Smith, 497 A. 2d 646 (Pa. Super. Ct. 1985).
- (34) たとえば、前注と同様にシールバニア州で、反対に説明義務を肯定した事例として、Hoffman v. Brandywine Hosp., 661 A. 2d 397, 401 (Pa. Super. Ct. 1995).
- (35) 40 Pa. Cons. Stat. Ann. § 1301. 811-A.
- (36) Sauto v. Shea, 257 Pa. Super. 87, 390 A. 2d 259 (1978).
- (37) 患者が積極的な質問を發したために説明義務が高度化された実際の事例を、アメリカ法の判例から見いだすことはできなかったが、この結論は、当然のものと推測される。
- (38) 必ずしも充分に紹介しつくせたとはいないが、米国の制定法の概説については、本稿第二章第二節を参照。
- (39) もちろん、わが国でも病院開設者である医療法人や個人が説明義務訴訟で責任を負う場合があることは当然であるが、それは、履行補助者あるいは使用者である医師の過失を前提としているのであり、病院独自の説明義務が論じられているわけではない。ただし、米国法において病院独自の説明義務が争点となることには、以下のような、米国有特有の医療環境があることにも注意しなくてはならない。すなわち、多くの病院は地域の開業医に、自院の設備を利用することを認めており（オープンシステム）、病院開設者と、そこで治療を行った医師との間に雇用契約が存在しないことも少なくない。この場合に、医師から充分な説明を受けられなかった患者は、病院開設者の責任を、医師の過失に基づいて主張することはできない。そのため、病院が同意書面の書式を備えおいているといった点に着目して、病院独自の説明義務違反の主張を展開するのである。

もつとも、これらはあくまでも類型的な傾向を通して得られた試論であつて、詳細な検討は改めて行う必要がある。しかし、このような説明義務違反の独自性から導かれる過失判断の手法は、医師以外の各種専門家の責任における過失判断の場にも、広く応用することが可能ではないかと展望するものである。

第五章 結論

本稿では、インフォームド・コンセントの理論の基礎を、その発展の先端にあるアメリカ法を踏まえて、患者の自己決定権に求めるところから出発し、これをわが国の医療過誤訴訟という法実務の中にどう捉えるかを考察してきた。

検討の中心は、二三〇例あまりのわが国の裁判所の判決の分析にあり、医師の説明義務がその中でどのように争われ、どのような評価を受けているかを、類型を通じて観察した。

そこから導かれた規範は、第四章第三節に、いわば医師に対するマニュアルのような形で整理している。当初の目論見では、わが国における説明義務の法的基準を客観的に導きうるかと期待したのであるが、現実には最高裁判決が八例しか見られない状況であり、下級審判決も事例は多彩を極め、裁判例が重なるケースは極めて少なかった。そこで、将来的な裁判例の判断の変化を予想しつつ、かつ現状を事例に即して把握することに努める結果となった。このような形であっても、医師の説明義務違反が訴訟上争われる場合毎に、新たに本稿の枠組みにのせて、正確な位置づけを継続的に試みていけるはずであり、このような枠組みの提示自体に意義を求めてよいのではないかと考える。

本稿の意義は、判例の正確な整理と医療実務に対する警告的マニュアルの提示にあるばかりではなく、判例分析の基礎として示した理論的考察の部分においては、凡そ医療過誤訴訟を検討する場合に必要な、理論的要素の全てを考察の対象に加え、これを私見の立場からできるだけ一貫した議論となるように、体系づけを試みた。医療実務は比較的新しく研究対象に採り上げられたこともあり、議論の基礎が十分定まらず、学者や実務家による事例紹介や外国法研究、あるいは個別的論点研究などが、散発的に行われているのが、今日までの状況であったといえよ

う。これらを整理して、伝統的な民法理論に結びつける必要があると考え、ある程度、その体系化を完遂することができたかと考えている。今後は、債務不履行、不法行為のそれぞれの観点から、説明義務違反訴訟の特質をより精緻に整理したいと考える。

比較法の部分では、アメリカ法のみを参照しているにすぎないが、インフォームド・コンセントとその背景にある、個人の自己決定の思想は、勝れてアメリカ的なものであり、本稿で行いえた限りの比較考察であっても、問題に対する視野を広げ、柔軟なアプローチをするために非常に有益であった。日米法の比較考察は、どちらかと言えば法社会学的要素が多く、本稿の分析も必ずしも充分行き届いているとは言いがたい。しかし、その限りでも、第二章三節に示したように、この問題における日米法の異同を通じて、日米の文化的相違にまで思索を巡らせる結果となった。今後は、法社会学的、比較法的観点からも、これらの考察にいつそうの幅と深みを加えることができたかと考えている。

本稿が冒頭で目指した、説明義務の基準の提示のあり方に関しては、前述のように、必ずしも厳密な意味で法的な義務の基準を示したことはならず、いわば医療実務に対する予防的な行動規範として、警告的に将来の法的義務の基準を示すことになったと考える。こうした正確な問題把握は、これまで多くの文献が蓄積されてきたにも拘わらず、必ずしも自覚的に行われていなかったといえよう。しかし、それがわが国の説明義務訴訟の現状であった。ただし、アメリカ法との比較を試みるならば、必然的に訴訟件数の多いアメリカの裁判所が具体的・合理的、医師・患者基準等を提示してきた理由は理解できる。説明義務の基準を、そのように画一的に判断していかなければ、とても「訴訟社会」は成り立って行かないのである。したがって将来的には、アメリカ化が予想されるわが国においても、説明義務違反の判例は、アメリカと同様の抽象的な基準を採用し、それを適用した個別的ケースは、よほど問題がない限り、議論の対象にはならないという方向に進むのではなからうか。

もちろん、それまでの時間的、過渡的状况は、当分続くであろうから、判例の集積を待つて、日本法に固有な基準の設定が可能であるかを見届ける余地もあるかと考える。ただ、医師の説明義務の範囲をある程度抽象的、定型のなかたちで定式化できるかどうかについては、本稿はかなり消極的な見方をとっていることを付け加えておくべきであろう。たしかに解釈論の提示というかたちで私自身の価値判断を打ち出すことはできないことではなからうが、そのような考察をめざすというようには、必ずしも考えてこなかった。考慮すべき要素が多すぎて結局信義則のようなところに帰着するようにも見受けられるからである。今後さらに検討してみるべきではあろう。

残された課題を具体的に挙げるならば、わが国の判例の中にも、アメリカ法に見られるような、具体的・合理的、医師・患者基準の考え方を意識したと思われるものがあり、それらを類型的に整理し、将来的な基準につなげることが一つである。また、基礎的考察の部分では、説明義務の立証責任の問題には必ずしも深く立ち入ることができなかったし、損害賠償の額という、実務的には極めて大きい意味をもつ分析も手がけることができなかったので、改めて取り上げてみたい。さらに、説明義務違反を過失の観点から分析することは、本稿の類型別考察において、ある程度目的を達したかに思えるが、基礎理論との関連づけは必ずしも十分ではなかった。これを今後、過失の立証責任の問題と関連づけて整理する作業が果たせれば、実務にもより有益な示唆を提供できるであろう。

いずれにしても、医師の説明義務をめぐる裁判例は、本稿を執筆し始めてから今日まで一貫して増加しつづけており、その発展の先は、予測がつかないところもある。今後の展開に注目を続けなければならないと考えている。

最後に、六年間の長きにわたり論文指導を賜った滝沢律代教授、ならびに社会人学生という私の立場に深い理解を示していただいた日本医師会医事法制課の上司、同僚に対して、心からの御礼と感謝のことを申しあげ、結びとしたい。

付表 医師の説明義務違反に関する判例一覧

No	判 決 年月日	裁判所	出 典	事 例	責任の有無	説明義務違反の肯定	説明義務の扱い	類 型	阻却事由
001	昭和5年 5月28日	長崎地裁 佐世保支部	司法研究 18-246	海軍共済組合佐世保病院において、患者は子宮付近に腫瘍が発見されたため、医師より腫瘍の摘出をするだけで、子宮等は損傷せず、将来受胎力は回復する旨の説明をされ、迷った後に手術を受けたが、医師は子宮、付属器を摘出してしまったことにつき、摘出しなくてはならない生命に対する危険もないのに行った本件手術は、原告の承諾に基づいておらず、適法な治療の範囲を越えているとして、慰謝料150万円を認容。	有責	肯定	純粹 扱い	承諾の前提	なし
002	昭和39年 2月25日	横浜地裁	下民集 15-2-360	胃ポリープのため、胃下部3分の2を切除したが、元来、胃酸の乏しい体質であったこともあり、胃酸が減少し、胃性下痢症状を呈し、これへの処置が十分でなかったため、衰弱し、再手術するも、体力が衰えて死亡したことにつき、処置、管理の過失に加えて、高カロリー低脂肪食を心がけるよう食餌療法を指導監督すべきであったのに、これを怠った（手術後天ぷらそばを2回、過食を2回）、として医師側の責任を肯定した事例。	有責	肯定	複合	療養指導	なし
003	昭和45年 5月26日	東京高裁	訟月 16-1129 判タ 253-273	交通事故による脳血管造影検査の1年3か月後に死亡したことにつき、動脈穿刺をやり直したこと等に過失はなく、また検査に先立ち患者の妻に、「全く危険がないとは言えないがまず大丈夫だ」との説明をしたことは、単に危険度を暗示しただけで、率直な説明をしなかったとみるべきではない、として責任が否定された事例。	無責	否定	複合	承諾の前提	
004	昭和46年 5月19日	東京地裁	判時 660-62 下民集 22-626	左右乳房のしこりを主訴として来院した未婚女性につき、右乳房の癌切除術の同意を得て手術したところ、左乳房の乳腺腫が発見されたため、将来、癌化のおそれありとして左も切除したことにつき、左切除に関しての承諾の前提としての説明をする時間的余裕はあったのに、これをせずに手術したことは、身体に対する違法な侵害であるとして、慰謝料150万円を認定。	有責 有責	肯定	純粹	承諾の前提	なし

005	昭和47年 3月24日	高知地裁	判タ 277-199	結腸癌の診断と治療方法の選択について、医師に裁量権があるとして、医学的に認められていない方法による抗癌剤の投与などに過失はなかったとされた事例。ただし、その後の副作用として現れた、再生不良性貧血への鉄剤投与方法には過失があったとし、損害との因果関係が不明のため、感謝料のみが認定された。	有責	否定	複合	治療方法 選択	なし
006	昭和48年 3月27日	秋田地裁 大曲支部	判時 718-98	舌癌が発見された患者に、潰瘍部分を掻き取るだけだと説明し（癌は不告知）、承諾を得て家族（内妻と娘）には舌を切り取ると説明して、3分の1を切除したことにつき、患者は当初、舌を切り取ると言われた際には強硬に拒否したにも拘わらず、承諾を得ずに手術したことは違法（緊急性もないので、緊急事務管理も成立しない）として、感謝料30万円を認容。（手術に至るまでの医師の判断自体は、正当とされた）	有責	肯定	純粋 提	承諾の前 提	なし
007	昭和49年 3月25日	岐阜地裁	判時 738-39	未熟児網膜症の治療で、原因となった酸素投与に過失はないが、網膜症発見のための眼底検査の遅延、誤診により症状が悪化した。さらに医師法23条、療担規則11条による療養指導を尽くさなかったため専門医を受診する機会を失ったと認定。担当眼科医として、自らの知識として有する一切の資料を積極的に披瀝説明して療養方法等の指導をなす義務があった。（日赤高山病院事件第一審）	有責	肯定	複合	療 養 指 導 導、治療 方法選択	なし
008	昭和49年 6月26日	長崎地裁	判時 748-29	未熟児網膜症の治療で専門医の治療を受ける機会を失ったとの訴えに対して、酸素投与方法、網膜症の早期発見・治療、退院時の療養指導のいずれにも過失がなかったとされた事例（長崎市民病院未網症第一審）。	無責	否定	複合	療養指導	医療水準 上やむな し
009	昭和49年 11月11日	東京地裁	判時 786-54	腎バイオアプシー検査の実施における、実施の承諾について。腎生検により血尿が生じ、腎摘出を余儀なくされたことにつき、手技過失、実施の判断に過失はなく、危険性の説明についても、出血はするがすぐに収まるという程度のもので安全性を強調したもの（自験例70例中失敗例は皆無）であったが、医師の説明義務違反、承諾の不備はなかったとされた事例。（控訴審「東京高判昭和54.12.26」）	無責	否定	複合	承諾の前 提	なし
010	昭和50年 1月30日	東京高裁	判時 773-82	検査のための造影剤（ウログラフイン）注入動脈撮影実施直後に脊髄動脈症候群が発生したことにつき、施術の決定、実施に過失はなく、また、合併症の有無、施術の成功の見込み等に関する詳	無責	否定	複合	承諾の前 提	患者が知 っている 内容、損

				細な説明がなされなかったことについても、患者は以前に同様の椎骨動脈造影を4回受けており、施術の内容、目的については患者がとして一応の知識を有していたのであるから、上記具体的説明がなくとも、患者の承諾が不完全であったということとはできない、とされた事例。				害の発生 の危険性 が小さい	
012	昭和51年 3月9日	福岡地裁	判時 850-75	釘を踏み抜き、3日と20時間にわたり、自家治療をしていた11歳男児が、被告外科医方を訪れ創傷処置を受けたが、翌日夕方になつて開口障害が始まり、その旨を医師には告げずに、自ら虫歯によるものと判断して、歯科医院で抜歯を受けたが、翌日、全身痙攣を生じ、入院、4日後に破傷風で死亡したことに付き、初診時に抗生物質を投与しなかったことならびに、開口障害があったら直ちに来院すべしと教示する義務があったとして責任が肯定された事例。	有責	肯定	複合	療養指導	なし
013	昭和51年 3月31日	高知地裁	判時 832-92	切迫流産との診断により人工妊娠中絶を受けた患者が、再来院及び異常があったら直ちに来院を指示されていたところ、5日後に卵管破裂を生じ、他院で子宮外妊娠の手術を受けたもの、子宮外妊娠の診断をなしえなかった点は過失としなかったが、その可能性を疑い、経過観察、療養方法の指導に過失があったとして、責任肯定。	有責	肯定	複合	療養指導	なし
014	昭和51年 10月1日	京都地裁	判時 848-93 判タ 348-250	環状腹腫痛手術（美容的要素が強い）において、医師が極めて簡単な手術であるとの説明をして、合併症の可能性を隠していたことにつき、説明義務違反にもとづく債務不履行責任を肯定。患者は合併症を併発し、再手術を含む59日間の入院を余儀なくされた。	有責	肯定	複合	承諾の前提	なし
015	昭和52年 3月31日	浦和地裁	判タ 351-120	昭和46年2月出生の未熟児網膜症児の治療について、被告産科医、小児科医としては、酸素投与による本症発症に予見義務があり、眼科医との協力、転医、説明義務違反があったとされた事例（上尾中央病院事件）。	有責	肯定	肯定	療養指導、治療方法選択	なし
016	昭和52年 4月13日	広島高裁	判時 863-62	慢性副鼻腔炎の手術において、局所麻酔に塩酸プロカインを用いたところ、患者が胸腺リノパ体質であったために、ショック症状を来たし死亡。ショック時の救急態勢に不備はあるが、耳鼻咽喉科開業医としての手技上の過失は否定。ただし、手術および麻酔に伴う危険性についての説明がなく、もし説明があれば、患者は	有責	肯定	複合	承諾の前提	なし

017	昭和52年 5月11日	熊本地裁	判時 863-62	他の救急態勢の完備した施設での手術（緊急性はない）を選択したであろう、として説明義務違反を肯定。よって本件手術は有効な承諾を伴わず、不法行為に該当。 僧帽弁置換手術という当時の最先端の医療につき、患者は転医を希望したのに、医師側が自院における手術の成功例を虚偽に説明し、結果的に死亡させたように説明したことにつき、感謝料の支払いを命じる。ただし、手術しない場合の余命は2～3年として、逸失利益との因果関係は否定。有効な承諾を欠く違法な行為とする。他院で手術を受けるか、受けずに余命を全うするかを選択する機会を奪われたことについての感謝料を認定。	有責	肯定	複合	承諾の前提	なし
018	昭和52年 5月17日	福岡高裁	判時 860-22	昭和42年4月出生児の未熟児網膜症について、本症の発見、説明義務はなかったとされた事例。（長崎地判昭和49-6-26の控訴審、長崎市民病院事件）	無責	否定	複合	療養指導	医療水準 上やむな し
019	昭和52年 6月14日	静岡地裁	判時 860-22 判タ 351-120	昭和45年10月から48年2月に出生した4原告の未熟児網膜症につき、最後の児についてのみ、担当小児科医には眼科医の協力を得て眼底検査を実施し、光凝固治療が可能な施設への転医を紹介するなどの説明をすべきであったとして、責任肯定（静岡日赤病院事件）。	有責	肯定	複合	療養指導、治療 方法選択	なし
020	昭和53年 3月27日	那覇地裁	判時 908-82	昭和45年2月出生児の未熟児網膜症の事例。光凝固治療等の受診の機会について説明されなかったとの主張が排斥された事例（横浜赤十字病院事件）。	無責	否定	否定	療養指導、治療 方法選択	医療水準 上やむな し
021	昭和53年 3月31日	高松地裁 丸亀支部	判時 908-82	昭和45年10月出生児の未熟児網膜症の事例。担当の小児科医には、義塾投与に過失はなく、受診の機会の説明義務もなかったとし、病院側の責任を否定（坂出市民病院事件）。	無責	否定	複合	療養指導	医療水準 上やむな し
022	昭和53年 4月18日	札幌地裁	判時 916-61	9歳男児が肝血管腫破裂で国立大学病院に入院し、開腹手術を受けたが、腫瘍の拡大が進み過ぎて除去しきれなくなっており、発症から2ヶ月後に死亡したことにつき、手術の実施に過失はなく、重篤な症状についての説明義務違反の主張も否定された事例。学用患者制度も患者の尊厳を傷つけるものではなく、また、その認定手続きにも強迫等の事実もなかったとされた。	無責	否定	複合	療養指導	なし
023	昭和53年 6月26日	福岡高裁	判時 16-47	釘を踏み抜き、3日と20時間におたり、自家治療をしていた11歳男児が、被告外科医方を訪れ創傷処置を受けたが、翌日夕方になっ	無責	否定	複合	療養指導	なし

[illegible]

				があること、全身麻酔によって肺炎の併発の可能性があり、生命の危険もあること等を告げなかったことについて、手術は簡単なもので、全身麻酔も軽度であって局部麻酔に比べて肺炎の可能性が高くなるものでもないとして、手術に関する承諾がなされている以上、特に危険が増加するものでもない全身麻酔について説明と同意を改めてとる必要はない、とされた事例。					
034	昭和55年 3月27日	高松地裁	判時 975-84 判タ 413-57	昭和46年7月出生児の未熟児網膜症につき、眼底検査の実施義務、転送等の義務までは認められないが、疾患の結果が十代である場合には、たとえその発症確率が低く、また治療法が未確立であったとしても、万一に備え、専門医を受診させる機会を与えるべく説明すべきであったとして、説明義務違反があったとされた事例（高松通信病院事件）。	有責	肯定	複合	療養指導	なし
035	昭和55年 4月17日	札幌地裁	判時 984-114	腸閉塞（イレウス）の患者に対して、緊急に一側性腸腔置術を実施したが、その後同手術から必然的に生じる盲のう症を発症し、他院で根治的手術を受けたことにつき、当初の手術の実施は適切妥当であったが、盲のう症の発症は予見しえたのであるから、再手術の必要があること等を本人、家族等に指導すべきであったとして、責任が肯定された事例。	有責	肯定	複合	療養指導	なし
036	昭和55年 5月13日	福岡地裁	判時 980-93	分娩後に妊婦が細菌性ショック死したことにつき、開業医は、当初から分娩予定日に外出の予定があり、妊婦には羊水感染の危険があったのであるから、予め近隣の医師に詳細な申し渡しをするなど適切な対応をしておくべきであり、また、分娩促進等の措置をとるべきであったとして医師の責任を肯定したが、説明報告義務（死後の遺族への説明も含む）については、請求失当として棄却された事例。	有責	否定	複合	治療方法 選択、願 未報告	なし
037	昭和55年 9月17日	福岡高裁	下民集 27-1429	僧侶弁置換手術の実施に際して、当該医療施設での手術実績を偽って告げて取り付けた患者の承諾は無効であるとされた事例。（熊本地判52-5-11の控訴審）	有責	肯定	複合	承諾の前 提	なし
038	昭和55年 10月3日	名古屋地裁	判タ 438-129	昭和44年6月出生の極小未熟児の網膜症発明につき、酸素投与、定期的眼底検査の不実施等について、過失はなく、光凝固治療に関する説明義務もなかったとされた事例。（本来、医師法23条の療養指導義務は、患者の自覚、節制、協力を促し、それらを介して症状の緩和、予防、治療を図るのが趣旨であると判示）	無責	否定	複合	療養指導	医療水準 上やむな し

039	昭和56年 2月24日	神戸地裁	判時 1026-121	レントゲン撮影のための造影剤ウログラフィンの注射によるショック死につき右注射をした医師に過失がないとした事例。本件のような副作用の発現率は、100万人に対して2.7ないし2.2人であること、このようにごく稀に生命の危険がある副作用が起きることをあえて説明すると、時に患者が不安感から、ショック症状に似た状態になる危険があること、などから、事前に副作用の説明をすべき義務もなかったとされた。	無責	否定	複合	承諾の前提、治療方法選択	損害発生 の危険性 が小さい、 治療上の 悪影響
040	昭和56年 3月6日	名古屋地裁	判時 1013-81 判タ 436-88	措置入院中の患者に対してロボトミー手術を実施したところ、退院行化現象が現れたことにつき、本件手術には、最終手段としての合理的事情がなく違法であり、また、手術への承諾も父親からの書面の交付を得たのみであって、措置入院中といえども、本人の承諾は必要であるとして、医師側の責任が肯定された事例。	有責	肯定	複合	承諾の前提	なし
041	昭和56年 5月27日	札幌高裁	高裁民集 34-1-67 判時 1020-55	予防的虫垂切除手術の際に、患者（13歳）が腰麻酔によるショックで死亡したことにつき、術前・中の患者管理に過失はなく、また、本件手術に伴う危険について説明がなかったとの主張に対しては、麻酔ショックは稀にしか発生しないものであり、またたとえそれが発生しても、当該医療施設において適切な対応が可能である場合には、逐一詳細な説明は不要であるとされた事例。また、虫垂切除といえども、場合によっては危険が生じる可能性があることは、一般社会人とされて常識であり、患者がそのような常識を具えていないと判断される場合を除き、説明の必要はない。	無責	否定	複合	承諾の前提	患者が知っている 内容、損害 発生 の危険性が 小さい
042	昭和56年 6月12日	神戸地裁	判時 1013-96	昭和47年9月出生の未熟児網膜症児の治療につき、光凝固治療の有効性は一般医療機関に広く知られていたと認定し、専門医への転送義務までは認められないが、専門医療機関を教示するなどして、適切な医療を受けさせる機会を与えるべきであったとして説明義務違反を肯定した事例（神戸平岡病院事件）。	有責	肯定	複合	療養指導、治療方法選択	なし
043	昭和56年 6月19日	最高裁第 二小法廷	判時 1011-54	頭蓋骨陥没骨折の傷害を負った10歳の子供の回答手術で出血多量による心不全で死に死亡したことにつき、医師に手技上の過失はなく、また医師の負う説明義務の範囲は手術の内容、危険性を本人もしくは法定代理人にすれば足りるとされた事例。	無責	否定	複合	承諾の前提、治療方法の選択	緊急事態
044	昭和56年 7月22日	浦和地裁	判タ451- 119	義歯の装着において、歯科医師がブリッジではなく挿し歯としたことについて、患者は、当初、保険適用のある安い入れ歯での治	無責	否定	複合	治療方法 選択	説明を受ける 機会

を放棄	治療方法選択、療養指導	複合	否定	無責	治療上の悪影響、患者が知っている内容
045	昭和56年 9月18日	大阪地裁	判タ 454-142	無責	治療方法を 上やむな し
			否定	複合	治療方法を 上やむな し
046	昭和56年 9月24日	東京高裁	判時 1020-40 東高民事 判決時報 32-9-213	無責	治療方法を 上やむな し
			否定	複合	治療方法を 上やむな し
047	昭和56年 10月29日	大阪地裁	判時 1039-87	無責	治療方法を 上やむな し
			否定	複合	治療方法を 上やむな し
048	昭和56年 11月18日	名古屋地裁	判タ 462-149 判時 1047-134	有責	治療方法を 上やむな し
			肯定	複合	治療方法を 上やむな し
049	昭和56年 12月21日	東京地裁	判タ 465-166 判時 1047-101	無責	治療方法を 上やむな し
			否定	複合	治療方法を 上やむな し

療を望んでいたことから、ブリッジを用いるか否かの説明は、本件では、免除されたとし、その他の健全歯の割り取り等については、正当業務行為であるとして、医師の責任が否定された事例。

昭和45年12月出生児の未熟児網膜症治療で児が失明したことにつき、担当医師には診療上の義務違背ならびに、光線固治療等についての説明義務がなかったとされた事例（関西医大未網症訴訟その2第一審）

妊娠中毒症の事例につき、担当医には診療上の不完全履行がなく、入院の承諾についての説明義務違反もなかったとされた事例。

昭和48年6月出生児の未熟児網膜症治療につき、病院側には光線固治療等に関する医師措置義務違反がなかったとされた事例（関西医大未網症訴訟第一審）。

両脚多毛症の女性が、美容外科病院の受付で永久脱毛が可能な旨の簡単な説明を受け、看護婦から処置を受けたが著効なく、その後電気焼却法等を受けたところ、火傷による傷痕が残ったことにつき、簡易な処置を看護婦に行わせたことによる損害はないが、事前に脱毛治療の限界について詳細な説明をしていれば治療を受けることはなかったとして、治療費相当の賠償と、慰謝料支払いが認定された事例。

硬膜下血腫との一応の診断に基づき開頭手術を行ったところ髄膜腫（良性のメニンジオーマ）の所見が得られ、連続して腫瘍摘出手術が行われたが、後に悪性の星細胞腫（アストロサイトーマ）と判明し、転院したがこれが悪化し、患者が死亡。右手術医師らは、説明及び転送上の義務ないし処置上の義務の違背等がないとされた。患者は保健婦であり、医学知識が一般人の水準を上回るため、家族（娘）への説明は不要であり、また、患者の無用な不安感を取り除くためにも、本件手術の経験、技術、設備、治療体制までを説明すべき義務はない。また、患者に病名をメニンジオーマと告げたままでも、悪性の病名が最後まで告げられなかったことも、神経質な性格や、保健婦としての知識があることを理由

050	昭和57年 2月1日	東京地裁	判タ 458-187 判時 1044-662 訟月 28-9-169 7	に、正当な判断とされた。	クロロキン製剤の服用の結果発症したク網膜症につき、製薬会社、輸入業者、国の副作用に対する注意警告義務等が肯定され、投与した医師についても、特に注意すべき重篤な副作用の生ずる危険のあるときは、投与に先立ってその危険性の情報を十分に説明開示し、患者の承諾を求めるとともに、副作用の発現を未然に防止するよう万全の措置を講じて治療すべき義務があるとされた事例。	有責	肯定	複合	承諾の前提	なし
051	昭和57年 3月26日	奈良地裁	判タ 475-172	左肩胛間部腫瘍に対して放射線照射療法をしたところ、患者が放射線骨髄症を後遺したことににつき、照射療法の選択、実施方法に関して医師らに過失はなく、また、外科的治療が不可能となった時点で、他に可能な治療法を紹介し、転院の紹介もしているとして、照射に関する危険の説明義務違反の主張も否定された事例。	無責	否定	複合	承諾の前提、治療方法選択の前提	なし	
052	昭和57年 3月30日	最高裁 第三小法 廷	判時 1039-66 判タ 468-76	昭和44年12月出生の未熟児網膜症の事案につき、医師には光凝固治療等の説明義務はなく、また、眼底検査を実施したのはスチロイドホルモンの投与時期を確定するためであって、光凝固を前提としたものではなかったと認定された事例（高山日赤未熟児網膜症事件、名古屋高判54-9-21の上告審）。	無責	否定	複合	療養指導、治療方法選択	医療水準 上やむなし	
053	昭和57年 5月12日	浦和地裁	判タ 474-89	昭和46年1月出生の未熟児網膜症児の治療につき、診療を担当した産婦人科医には、措置及び光凝固治療等についての説明義務違反はなかったとして、病院側の責任が否定された事例（川口済生会病院事件）。	無責	否定	複合	療養指導、治療方法選択	医療水準 上やむなし	
054	昭和57年 5月20日	横浜地裁	判タ 476-170	急性盲腸炎切除手術に際して患者（10歳女）が全身麻酔による悪性過高熱で死亡したことにつき、麻酔管理、対応等に過失はなく、また、術前に麻酔の危険性等について説明をしなかったことについても、患者の母親は、公知の事実である虫垂切除術の内容の大凡について、一応の知識を有していたこと、悪性過高熱の発現率は7,000～10万例に1例であること等から、これらを説明する義務はなかった、とされた事例。	無責	否定	複合	承諾の前提	患者が知っている 内容、損害 発生 の 危険性が 小さい	
055	昭和57年 6月21日	東京高裁	判時 1051-89 判タ 473-231	組織検査のために実施した左頸部腫瘍の摘出手術に際し、医師がこれを悪性と判断して全摘し、その際頸椎神経を切断したことにつき、診断及び執刀上の過失があるとされ、その判断に際して、患者への説明と承諾の取り付けが杜撰、不十分であったことが認め	有責	肯定	複合	承諾の前提	なし	

056	昭和57年 6月21日	釧路地裁 帯広支部	判時 1105-116	定された事例。 昭和46年出生の未熟児網膜症児の治療につき、酸素投与の実施方法及び眼底検査、光凝固治療等の不実施、転医指導の不実施等につき、医療水準上、医師には過失が認められないとされた事例。	無責	否定	複合 選択、療 養指導	医療水準 上やむな し
057	昭和57年 6月25日	大阪地裁	判時 1064-92	交通事故で左大腿骨開放骨折を負った患者が、自ら病状を質問したにも拘わらず、医師が正確な説明をしなかったため、自ら早期に転医する機会を逸し、結局切断を余儀なくされた事案。正確な病状説明をしなかった医師には、不法行為上の過失とはいえないまでも、診療契約上の債務不履行責任はあるとして慰籍料の支払が命じられた。	有責	肯定	複合 治療方法 選択、知 る権利	なし
058	昭和57年 7月28日	東京地裁	判タ 478-120 判時 1074-70	5歳の幼児が急性熱性皮膚胸膜腹リンパ節症候群（川崎病）の後遺症としての冠動脈血栓症により死亡したことにつき、同症の発見のために冠動脈造影等をなすべきであり、またその治療を説明すべきであったとの両親の主張に対し、同造影検査は最先端の技術で幼児への適用には危険が大きいこと等により、担当医らにはこれらの実施、説明の義務はなかったとされた事例。	無責	否定	複合 療 養 指 導、治療 方法選択	医療水準 上やむな し
059	昭和57年 9月27日	大阪地裁	判タ 483-140 判時 1074-105	胃腸の疑いのある高師の患者に胃切除手術を行い、その後3回にわたり同部への手術を行った後、急性肝炎を患い死亡したことにつき、手術の実施に誤りはなく、また患者家族等に対して術前に、手術を行う、程度の説明のみで、具体的な危険性等について言及しなかったことについても、68歳の患者の胃を切除することとはそれ自体、相当程度の危険を伴うことは常識的に判断しうるから、逐一の説明は不要であるとして、医師らには、結果に対する賠償責任がないとされた事例。患者本人に対しては、癌病名の告知の困難もあり、家族への一応の説明で可とされている。	無責	否定	複合 承諾の前 提	患者が知 っている 内容
060	昭和57年 10月4日	岡山地裁	判タ 487-140 判時 1080-121	交通事故の被害者が左胃破裂等の傷害を受けて死亡したことにつきたことにつき、医師はウイグルス（小児癌）の腫瘍診断につき、確定診断に至っていない場合には逐一説明すべき義務はないが、患者が転医する場合には、鑑別診断に必要な指示をなすべき義務があることとされながら、現実には義務違反による悪しき結果が発生していないとして病院側の責任を否定し、交通事故加害者に対してのみ、後遺症及び血清肝炎の限度で責任を認めた事例。	無責	肯定	複合 療養指導	なし

061	昭和58年 1月28日	東京地裁	判時 1081-88 判タ	急性虫垂炎の患者に対する、経過観察と再来院すべき状況に関する適切な指示・説明を怠り、急性虫垂炎の診断・治療が遅れたことに過失があったとされた事例。	有責	肯定	複合	療養指導	なし
			504-147						
062	昭和58年 2月24日	高松高裁	判時 1087-77 判タ 501-217 訟月 29-10- 1819	昭和46年7月出生児の未熟児網膜症につき、児の退院に際して医師には、眼科医受診を指導勧告等する義務があったとした原判決を覆えし、請求が棄却された事例～高松通信病院未熟児網膜症訴訟控訴審判決～	無責	否定	複合	療養指導	医療水準 上やむな し
063	昭和58年 3月22日	福岡高裁 那覇支部	判タ 501-194	昭和45年2月出生の極小未熟児の網膜症につき、担当の小児科医・眼科医の義務違反がなかったとして病院側の責任が否定された事例～横浜赤十字病院未熟児網膜症訴訟控訴審～。	無責	否定	複合	療養指導	医療水準 上やむな し
064	昭和58年 3月22日	高松高裁	判タ 501-201	昭和45年10月出生の未熟児の未熟児網膜症による失明につき、退院時に親からの依頼により眼底検査をして、「心配ない」と説明した同病院眼科医に、光凝固治療についての説明義務および適切な検査実施義務違反があったとして、原判決を変更し、病院の債務不履行責任を肯定した事例。	有責	肯定	複合	療養指導	なし
065	昭和58年 3月29日	福岡地裁 小倉支部	判タ 502-176	虫垂摘出手術実施した際、虫垂の一部を残置した場合には、患者又は家族に対して、手術の経過と内容を説明し、あるいは再手術の必要性を説明し指導する義務があったとされ、債務不履行責任が肯定された事例。消滅時刻の起算点につき、「権利ヲ行使スルコトヲ得ル時」とは債権を行使するについての厳密に法律上の障害がなくなくなった時を指すのではなく、権利者の諸般の事情からその権利行使を現実期待ないし要求できる時を意味するとされ	有責	肯定	複合	療養指導、 顕末 報告(?)	なし
066	昭和58年 5月27日	名古屋高 裁	判時 1082-91 判タ 507-282	上顎癌の肺転移の発見が遅れたため、患者の死期を早めたとして、医師と開設者(国)の慰謝料支払いが命じられたもの。医師が半ば捨てぜりふ的に患者の癌を本人に知らせてしまったことの不法行為性も争点とされたが、裁判所は、告知・不告知は医師の裁量の範囲内であり、医道上の配慮を無損して精神的打撃のみを目的として告知したような例外的な場合を除き、患者が心理的悪影	有責	否定	複合	*****	なし

067	昭和58年 6月15日	東京高裁	判タ 509-217	嚥を受けたことのみをもって直ちに不法行為が成立するとは断定できないと判断。 乳癌の疑いのある患者に、病理組織検査の実施を早急に行わず、また他の専門医受診しよう説明・指導も行わなかったため、専門医を受診する機会を与えなかったことが診療契約上の債務不履行にあたることされた事例。ただし、死亡との因果関係は認められず、延命の可能性が奪われたこととの因果関係があるとして、慰謝料が認められた。	有責	肯定	複合	治療方法 選択、療 養指導	なし
068	昭和58年 6月24日	横浜地裁	判タ 507-250	精管切断による不妊手術が不完全であったため妻が妊娠中絶をせざるをえなくなったことにつき、信義則上の説明義務違反があるとし、医師側の責任が肯定された事例。患者が期待した方法を採用しなかったこと自体には過失はないとされたが、生命への危険回避を目的とするものでない本件手術では、種々の避妊方法の利害得失を専門家の立場から説明すべき信義則上の義務がある。	有責	肯定	複合	治療方法 選択	なし
069	昭和58年 7月22日	東京地裁	判時 1100-89 判タ 507-246	妊娠初期に風疹に罹患し、出生児に先天性風疹症候群（フアロー四徴症）が生じた場合につき、医師には、妊娠中に、風疹罹患の有無や時期を診断し、危険性、症状・発現率などの説明をすべき義務があったとして、医師の過失が肯定された事例。	有責	肯定	複合	療養指導	なし
070	昭和58年 8月26日	福岡地裁 小倉支部	判時 1105-101 判タ 523-187	学校事故で右示指切断を受傷した生徒に対して、軟部組織の接着の努力をせず断端一次縫合の手術を実施したことにつき、状況から、医師は最善の処置をしており、親権者の承諾を得なかった点について、付き添ってきた校長が特段の異議を唱えなかったこと、学校事故の治療では、校長、教員らが親権者に代わって児童の安全に万全を期し、適宜医師に診療を委託する注意義務を負担しているとして、違法性が阻却されるとされた事例。（遊具の瑕疵につき、市の責任を肯定）	無責	否定	複合	承諾の前 提、治療 方法の選 択	緊急事態
071	昭和58年 8月29日	浦和地裁	判時 1105-86 判タ 516-172	昭和44年4月出生児の未熟児網膜症につき、担当医の過失が否定された事例（大宮中央病院未熟児網膜症事件）	無責	否定	複合	療養指導	医療水準 上やむな し
072	昭和58年 9月26日	長崎地裁 佐世保支 部	判タ 517-219	ガラス障子に衝突して被告外科医の夜間救急診療を受けた児が、その後も眼科専門医受診の勧告に従わず、被告医を受診しつづけていたところ、後に強膜穿孔等により失明するに至ったことにつ	無責	否定	複合	療養指導	なし

			き、外科医の夜間救急診療としての診断による処置の継続等に義務違反がなく、転医義務も尽くされていたとして責任が否定された事例。				
073	昭和58年 10月17日	東京地裁	判時 1120-62 判タ	有責	****	複合 提	****
			517-211				
074	昭和58年 10月21日	横浜地裁	判時 1094-85 判タ516- 165	無責	否定	純粋 提	なし
			歯科治療において、51歳の男性工員の患者が、保険診療の範囲内での治療を依頼したため、歯科医師は、上顎切歯に四分の三冠の治療を実施し、金属の露出が目立ったことにつき、患者が外観の美容的仕上がりに関心を寄せている言動をしなかった以上、歯科医師には治療の結果の外観に及ぼす美容上の影響まで説明する義務はないとされた事例				
075	昭和58年 10月28日	横浜地裁	判時 1107-113 判タ	無責	****	****	承諾の前 なし
			虫垂穿孔が原因で腹膜炎を併発したことにつき、担当医が患者の虫垂炎を診断するのが遅れたためであるとして、医師の責任が肯定された事例。ただし、早期の転送義務を認めているが、転医の説明に言及したものではない。				
076	昭和58年 12月20日	神戸地裁	判時 1127-132 判タ	有責	肯定	複合 提	なし
			痔患者に対しカイロセラピー療法を実施した際、診療台が落下して腰部痛が生じたことにつき、医師は、同療法の内容等について十分説明した上で、注意して施術すべきであったとして、責任が肯定された事例。				
077	昭和58年 12月26日	大津地裁	判タ 523-182	無責	否定	複合 提	なし
			癒着性脊髄膜炎に対する癒着部脊髄膜剥離手術を行ったところ、下半身麻痺により排尿障害を後遺したことにつき、手術の選択施行及び説明義務の履践に過失はなく、国及び医師らに対する賠償請求が否定された事例。判決の認定によれば、医師の説明は比喩を用い、図表を含み詳細な説明と熟慮期間を与えている。				
078	昭和59年 2月22日	名古屋地裁	判タ 531-207	無責	否定	複合	療養指導 医療水準 上やむな
			昭和55年7月出生の未熟児が未熟児網膜症による強度の弱視となつたことにつき、医師らには過失がなかったとされた事例				
079	昭和59年 3月23日	東京地裁	判タ 530-237 訟月 30-8-	無責	否定	承諾の前 提	なし
			難治性重症てんかん患児に対し定位脳手術による視床内髄板破壊術を実施したところ、症状悪化により寝たきりとなり死亡したことにつき、本件手術は人体実験であったとし、決定・施行した医師らの診療に過失があった、親の同意がなかったとの訴えに對				

			1391 判時 1131-104	し、それらの事実はなかったとして、医師及び国の責任が否定された事例。					
080	昭和59年 4月25日 裁	名古屋地裁	判時 1137-96 判タ 540-276	糖尿病性網膜症の患者に対して硝子体手術を実施したところ、術中、出血し失明したことにつき、右手術に関する説明義務違背のみを理由とする主張を認容し、関手医師と病院の責任が肯定された事例。本件手術は成功率が30%と低率であり、医師としては、手術の目的、内容、危険性の程度（成功の見通し、視力回復の見通し）、手術しなかった場合の予後について説明すべきであるが、本件医師は「私に任せておけ」という趣旨の説明。唯一最後の治療であっても説明義務の軽減免除にはならない。	有責	肯定	純粹	承諾の前提	なし
081	昭和59年 4月26日 裁	大阪高裁	判時 1136-72 判タ 531-198	昭和45年12月出生の未熟児の未熟児網膜症による両眼失明につき、医師の診断並びに説明上の義務違反が否定され、原審判決が維持された事例。[89]の控訴審。	無責	否定	複合	療養指導	医療水準上やむなし
082	昭和59年 5月29日 裁	大阪高裁	判タ 528-93	昭和48年6月出生の極小未熟児の両眼失明につき、医師らの診療および説明義務違反が否定され、原審判決が維持された事例～関西医大未熟児網膜症事件控訴審判決～	無責	否定	複合	療養指導	医療水準上やむなし
083	昭和59年 6月25日 裁	大阪地裁	判タ 537-192	椎間板ヘルニアの検査において造影剤マイオゾールを投与したところ、同剤が残留して腰痛を後遺したとの主張に基づき、診療の不適切及び投与の承諾を欠いたとの訴えが、因果関係がないとして否定された事例。	無責	否定	複合	承諾の前提	なし
084	昭和59年 6月29日 裁	名古屋地裁	判時 1136-105 判タ 535-295	肝硬変患者の肝性昏睡に対して交換血漿療法を実施したが死亡したことから、治療は最大限になされており、また複数の関与医師が同療法の実施に異なる見解をもち、それぞれが別個の説明をして患者・家族が精神的打撃を受けたことについても、それが意図的なものでない以上、医師の倫理の問題であり、債務不履行にはあらず、仮に危険等について詳細な説明をしていたとしても結果には変わりがあったとして、医師の過失が否定された事例。	無責	否定	複合	承諾の前提	なし
085	昭和59年 9月13日 裁	神戸地裁	判時 1146-125 判タ	審判症の鼻内開放手術を実施したところ、左目を失明したことにつき、失明は、硬腫内液を急激に排出したために生じた網膜中心動脈の栓塞が原因であるとし、手技過失、説明義務違反ともに否	無責	否定	複合	承諾の前提	なし

			544-233	定された事例。					
086	昭和59年 11月26日	新潟地裁	判タ 549-314	昭和47年10月出生児の未熟児網膜症の治療で、光凝固治療は一般的には定着していなかったとして、転医措置の不実施、眼底検査不実施、診療不十分等についての請求が棄却された事例	無責	否定	複合	療養指導	医療水準 上やむな し
087	昭和59年 12月20日	大阪高裁	判タ 549-305	昭和47年9月出生児が未熟児網膜症により失明したことにつき、医療水準に照らし医師の診療上の債務不履行はなく、転送の説明義務違反による責任を肯定した原判決を覆し、控訴を棄却した事例。	無責	否定	複合	療養指導	医療水準 上やむな し
088	昭和60年 1月24日	福岡高裁	判タ 553-216 判時 1167-42	昭和48年3月出生の双胎産小未熟児の網膜症による両眼失明につき、診断治療基準は未確立であったとして、医師の説明義務及び転送義務を肯定した原判決を覆し、控訴が棄却された事例。	無責	否定	複合	療養指導	医療水準 上やむな し
089	昭和60年 2月22日	京都地裁	判時 1171-117	酔ってホームから転落し救急搬送された外傷患者が、顔面裂傷の治療のみで精密な検査を実施されずに帰宅したところ、翌朝内臓破裂による失血死をしたことにつき、剖検所見等を総合して、内臓破裂は医師の診察後に生じた可能性が高いとして、家族に対する説明が不十分であったこと、精密な検査をしなかったこと等に基づく遺族の訴えが棄却された事例。	無責	否定	複合	療養指導	なし
090	昭和60年 3月29日	新潟地裁 長岡支部	判タ 555-286 判時 1159-137	昭和47年11月出生児が未熟児網膜症により両眼を失明したことにつき、光凝固法は医療水準上、有効性が確定していなかったとして、診療上の義務ならびに説明義務のいずれにも違反はなかったとされた事例。	無責	否定	複合	療養指導	医療水準 上やむな し
091	昭和60年 4月22日	東京高裁	判時 1159-86 判タ 556-221	兄が麻疹に罹ったため、弟（3歳）にも来院を指示し、予防的に受動免疫剤ガンマグロブリンを投与したものの、結果的に麻疹脳炎となり両下肢麻痺を後遺したことににつき、免疫剤の投与方法として、予防量投与方法と軽減量投与方法のいずれをとるかは医師の裁量であり、選択の前提としての自己決定のための説明義務は負わないとし、また麻疹予防を尽くせなかった手技上の義務違背も認められないとして、控訴が棄却された事例。	無責	否定	複合	治療方法 選択、療 養指導	なし
092	昭和60年 4月26日	東京地裁	判時 1180-84	乳房形成術でシリコンバッグを挿入したところ、半年後にシリコンバッグが漏出し、全身性強皮症（膠原病）を発症したことににつき、シリコンによる副作用は、当時の一般的な医学水準としては定着していなかったとして、危険の説明についての医師の責任が否定され	無責	否定	複合	承諾の前 提	医療水準 上やむな し

093	昭和60年 4月30日	大阪地裁	判タ 565-148	た事例。 肩鎖関節脱臼患者に対して整復手術を行ったが再脱臼等をおこしたことににつき、医師の診断ならびに説明上の義務違背はないとされた事例。保存的療法ではなく手術的方法をとったこと自体に過失はなく、またそのなかでもどの術式をとるかにつき、医師は他の方法も示したが、原告側がその方法を拒絶した事情から、説明義務は尽くされていたと認定。	無責	否定	複合 選択	なし
094	昭和60年 5月16日	神戸地裁	判タ 565-156 判時 1173-113	昭和46年10月と48年4月出生児の未熟児網膜症につき、転医義務違反、治療選択の機会喪失等の主張が退けられた事例。	無責	否定	複合 選択	医療水準 上やむな し
095	昭和60年 5月30日	大阪地裁	判タ 562-161	尾骨骨折の患者に尾骨切除術を実施したところ、創傷痛、尾骨痛痛が残存したことにつき、医師には手技過失はなく、また承諾の前提としての説明についても、感染症への対応は可能であるから、それらを逐一すべて説明する義務はなく、手術部位と内容を説明していれば足りるとして、請求が棄却された事例。	無責	否定	複合 提示	損害発生 の危険性 が小さい
096	昭和60年 6月10日	大阪地裁	判タ 594-92	外頸動脈海綿静脈洞瘻 (CCF) を内頸の同洞瘻 (CCF) と診断して内頸動脈結紮術を施行したところ上肢の麻痺が後遺したことににつき、当時の医療水準上診断に過失はなく、また右処置による片麻痺の発生率についての説明はしていなかったが、頸動脈攣縮等、麻痺可能性の有無のテストを通じて、可能性があること自体は説明していたので、説明義務違反もないとされた事例。	無責	否定	複合 提示	医療水準 上やむな し
097	昭和60年 7月3日	徳島地裁	判時 1182-129 判タ 576-83	昭和47年7月出生児の未熟児網膜症につき、当時の全般的及び当該地域における医療水準のいずれにおいても、眼底検査、光凝固治療は水準に達していなかったとして、受診の機会喪失等の訴えが棄却された事例。	無責	否定	複合 療養指導、治療方法選択	医療水準 上やむな し
098	昭和60年 9月25日	大阪高裁	判タ 596-46	肩関節脱臼患者に対して整復術を施行したところ、血管損傷等をおこし神経叢麻痺は後遺したことににつき、医師には手技上の過失はなく、また、本件では徒手整復を採用した医師の判断に誤りはなく、徒手整復の危険性と他にとりうる方法を説明する義務はなかったとして、原審判決を維持、控訴を棄却した事例。	無責	否定	複合 選択	なし
099	昭和60年 10月21日	大阪地裁	判タ 595-59	脳腫瘍摘出手術中に患者が空気塞栓による急性心不全で死亡したことにつき、麻酔担当医が空気塞栓を早期に発見して、笑気投与	無責	否定	複合 承諾の前提、治療	治療上の 悪影響

				を中止しなかったこと、心停止からの回復後、気負投与を再開したことに等しい過失があるが、これと患者の死亡との間には相当因果関係がないとされた事例。手術の危険性は家族に告げるのが公知の事実であり、患者に危険性を告げるのは無用な不安感を与えないから、具体的な危険の説明をしなかったことは過失にあたらない。				方法選択 (体位の 選択につ き)	
100	昭和60年 11月11日	山形地裁	判タ 586-76	慢性中耳炎の治療として鼓室成形術を実施する際、キシロカインによる麻酔を開始したところキシロカインによるアナフィラキシーか心原性かは不明であるが、医師の処置に不手際はなく、また、執刀医が当初予定されていた教授以外の医師に変更されたことを告知しなかったことと患者の死亡との間には因果関係はない、とされた事例。	無責	否定	複合	承諾の前 提	なし
101	昭和60年 12月2日	福島地裁	判時 1189-87 判タ 580-34	昭和46年出生の未熟児網膜症事例で、酸素の過剰投与と失明との間に因果関係を認め、医師有責とした。(受診の機会、眼底検査、光凝固)	有責	否定	複合		
102	昭和60年 12月2日	大分地裁 (決定)	判時 1180-113	成人の骨肉腫患者が信仰上の理由(エホバの証人)から足の切断手術に伴う輸血を拒否しているため、両親が本人に代わって病院に医療行為の委任をなしうる仮処分申請をしながら、親族が幸福な親族関係を保有する権利(親族権)は認められるが、本人の行為はこれを違法に侵害しているものではない、(被保全権利が存在)として、申し立てが却下された事例。	*****	*****	*****	*****	*****
103	昭和60年 12月5日	名古屋地裁	判時 1215-109	中耳炎治療のための鼓膜形成術を実施したことにつき、手術の承諾がなかったと主張したが、医師の治療法の選択に過失を認め、説明義務違反の判断には入らなかった。	有責	無	複合	承諾の前 提	
104	昭和61年 3月12日	大阪地裁	判タ 599-61	自殺念慮のある急性精神分裂病患者が、被告病院での診察後、自宅へ連れ帰られた直後に自殺を遂げたことにつき、入院治療が必要であるので、設備の整った他病院へ自家用車で行くよう指示した精神科医師の処置には、他の精神疾患と比べて自殺の危険性が高いことを家族に警告しなかった不親切はあるが、自殺の危険を具体的に認識しえなかった本件では、診療上の義務違反にはならないとされた事例	無責	否定	複合	療養指導	なし

105	昭和61年 3月17日	青森地裁 八戸支部	判時 1190-90 判タ 617-127	昭和48年3月出生の双生児の未熟児網膜症につき、定期的眼底検査、光凝固治療等が医療水準ではなかったとして、受診の機会を失ったとの主張を排斥。緊急に入院した双生児で、保腎器が故障のため1台を2児で共用したのはやむを得ない措置であった。	無責	否定	複合	治療方法 選択	医療水準 上やむな し
106	昭和61年 3月19日	東京地裁	判時 1209-34	習慣性胃腸前脱臼症の手術においては、全身麻酔による悪性過高熱で患者が死亡したことにつき、麻酔の選択、術前検査等に過失はなく、家族歴の問診を行わなかったことは、これが本症の予知法として確立されていなかったの過失にはあたらず、また危険を説明せずに手術したことも、過高熱の発生率が極めて低いこと、および本人が手術を強く希望していたこと等の事情のもとでは説明義務違反にあたらないとされた事例。	無責	否定	複合	承諾の前 提、	損害発生 の危険性 が小さい
107	昭和61年 3月26日	大分地裁	判タ 615-85	昭和46年8月出生の双生児がいずれも未熟児網膜症により失明した事案で、診療当時の医療水準からは診療および転送上の義務違反はなかったとされた事例。	無責	否定	複合	療養指導	医療水準 上やむな し
108	昭和61年 3月28日	東京地裁	判タ 609-73	胆石症患者に対する胆のう摘出手術を実施したところ、胆管狭窄を生じたことにつき、手技上の過失は見あたらず、また、術後障害に対する説明がなされなかったことについては、その危険性が極めて低いこと、および本来、外科手術にはある程度の危険が伴うことは常識的に判断しうる、として、説明義務違反もないとされた事例。	無責	否定	複合	承諾の前 提	患者が知 っている 内容、損 害発生 の危険性 が小さい
109	昭和61年 4月10日	仙台地裁	判時 1123-117	胸部椎間板ヘルニアに対する椎弓切除手術。手術中止義務違反を認め、説明義務違反の判断に入らなず。	有責	無	複合	承諾の前 提	なし
110	昭和61年 5月21日	大阪高裁	判時 1221-39 判タ 615-79 判例地方 自治 36-33	左肩関節部の血管腫治療において放射線療法を選択したところ、放射線骨髄症を後進したことが医師の過失にはあたらずとされた事例（奈良地判57-3-26の控訴審）	無責	否定	複合	治療方法 選択	なし
111	昭和61年 5月30日	最高裁 最高裁第 二小法廷	判時 1196-107 判タ 606-37	昭和45年10月出生の極小未熟児について、両親が小児科医師を通して、眼科での眼底検査を要求し、検査は実施したが結果を知らされないうまま退院したところ、すでに児には失明していたことにつき、昭和45年11月当時の医療水準として、光凝固法は有効な治療	無責	否定	複合	知る権 利、治療 法選択	医療水準 上やむな し

			金融・商事判例 748-40	法として確立しておらず、眼科医師も眼底検査の必要性を認識していなかったのであるから、検査結果の告知説明義務はないとされた事例。					
112	昭和61年 6月5日	札幌地裁	判タ604-63	昭和48年1月と50年2月に出生した極小未熟児2名が失明したことにつき、それぞれの診療関与医師が、一方につき説明義務違反が、他方につき眼底検査実施義務違反があったが、過失と失明との因果関係がなく、ただ義務履践によって治療を受ける可能性が奪われたことについての精神的損害につき慰謝料の支払いが命じられた事例。説明義務について、眼底検査の必要性は認識していたが、両親が聞きに来ないので説明しなかったという点を医師の責任の放棄である、とされた。	有責	肯定	複合	療養指導	なし
113	昭和61年 6月12日	大阪地裁	判タ 627-195 判時 1236-105	硬膜外ブロック注射の際に肩麻利ターカインを注入したところ馬尾神経が麻痺し後遺障害が残ったことにつき、手技には一般開業医の医療水準上過失はなく、また、危険性の認識についても、医療水準上、当該医師には認識できなかったから、説明義務もないとして、責任が否定された事例。	無責	否定	複合	承諾の前提	医療水準 上やむな し
114	昭和61年 7月16日	大阪高裁	判タ 624-202	出産直後に卵管結紮による避妊手術を受けたところ、再疎通し妊娠したため、出産直後の手術では術後妊娠の可能性が高い旨を説明しなかった点に、医師の義務違反があったとして責任が肯定された事例。	有責	肯定	純粹	療養指導、治療 方法選択 (時期の 選択)	なし
115	昭和61年 8月28日	東京高裁	判時 1208-85	慢性肝障害のため国立医療センターに入院中であつた患者が、当時の病状を知るため診療録、看護記録、検査記録等の閲覧を申し出るも拒否され、退院後改めて、閲覧請求に及び、本訴提起したものの。憲法上と、契約法上との2とおりの請求権を主張したため、事件を分離。本件は後者。判決は説明・報告の義務は認めるが、方法は医師の裁量による、診療録の閲覧は、事故の発生や記載に疑問があるなどの特別事情が存しない限り認められない、として閲覧請求を棄却。	無責	否定	純粹	知る権利	なし
116	昭和61年 12月24日	福岡高裁	判時 1246-106	交通事故の被害者である患者が、医師からの治療の見込みについての楽観的な説明をもとにして加害者と示談したため、その後の再手術等についての損害賠償請求ができなくなったことの損害を	無責	否定	純粹	知る権利、顛末 報告(?)	なし

117	昭和61年 12月26日	名古屋高 裁	判時 1234-45 判タ 629-254	昭和47年9月出生の未熟児網膜症児の治療につき、酸素投与、眼底検査の実施、治療法の説明に関しては過失はなく、ただ、カルテの改竄など、拙慢、不誠実な医療提供によって光凝固治療等の受診の機会が奪われたとして、慰謝料請求が認められた事例。	無責	否定	複合	療養指導	医療水準 上やむな し
118	昭和62年 4月20日	大阪地裁	判タ 660-185	自宅畳の上で転倒した患者を前腕骨折と診断し、治療後に柔道整復師の後療法を受けさせたところ、無理な屈曲等をしたため、新たに骨折を生じた場合につき、整形外科医には施術方法についての指示、骨状態の説明義務違反等はなかったとされた事例。	無責	否定	純粹	療養指導	なし
119	昭和62年 5月8日	大阪地裁	判タ 663-178 判時 1280-106	第5子の出産に際して産婦の大量出血がおこり、その原因を診断せず、出血源を確認せぬまま他の病院へ転送した個人医院の医師に過失がないとされた。以前の出産の経緯から、妊婦が大量出血をおこすおそれがあると認識したであらうから、出産に危険が伴う旨を指導説明し、転送するべきであったとの主張に対し、そもそも危険の予見性はなかったとして、過失を否定。	無責	否定	複合	療養指導	なし
120	昭和62年 7月2日	横浜地裁	判タ 665-197	椎間板ヘルニアの部位診断のためのミエログラフイー（骨髄造影）において、頭痛などの後遺症が生じたことにつき、造影剤マイオジールの残留はなく、造影剤選択や施術上の過誤はなく、また、危険性に関する説明において、本判には副作用（軽度なものから重度なものまで）が多く、安易な使用には批判がなされていたが、反面、必要性が高く頻繁に行われており、副作用が生じる確率は極めて低い等の事情のもとでは、施行方法や稀に生じることのある副作用にまで言及する必要はないとして、説明義務違反が否定された事例。	無責	否定	複合	承諾の前 提	損害発生 の危険性 が小さい
121	昭和62年 8月24日	名古屋地 裁	判タ 657-173	心臓疾患の検査薬（インブジニンググリーン）によるアナフィラキシーショックで患者が死亡したことにつき、被告病院は、本判について最高の知識・技術レベルを有していたが、死に至る重篤な副作用の発生までを見逃すことはできなかったとして、手技過失とともに、検査の必要性、危険性に関する説明義務違反もなかったとされた事例。	無責	否定	複合	承諾の前 提	医療水準 上やむな し

122	昭和62年 9月28日	神戸地裁	判時 1273-96 判タ 672-225	肺転移性悪性黒色腫のために生じた胸部疼痛の治療のために神経ブロック術を実施したところ、上肢疼痛、不全麻痺等を後遺したことにつき、ブロック術の施行に過失はなく、また、危険性等に關する説明が全くなかったとの主張に対しては、ブロック術は危険なので術中は絶対に身体を動かさないよう協力してほしいとの注意をしていたことが認められるので、説明義務違反もなかったとされた事例。	無責	否定	複合	承諾の前 提、療養 指導	なし
123	昭和62年 9月30日	大阪地裁	判時 1255-45 判タ 649-147	予防接種ワクチンの強制接種において、厚生省公衆衛生局長等が、副作用の存在を被接種者に個々的に説明すべき義務はなく、その他の接種においても、自治体や開業医に対して、説明義務の行政指導をすべき義務はないとされた事例。(大阪予防接種補訴訟)	有責	否定	複合	療養指導	施行規定 による強 制治療、 損害発生 の危険性 が小さい
124	昭和62年 10月23日	熊本地裁	判例地方 自治 45-43	昭和46年10月に出生した未熟児に対する医師の酸素管理上の措置等に過失がないとされた事例。	無責	否定	複合	療養指導	医療水準 上やむな し
125	昭和62年 10月26日	神戸地裁	判タ 674-174 判時 1286-130	腰椎椎間板ヘルニアに対する腰椎椎弓切除術に際して、執刀医が馬尾神経を損傷し、知覚麻痺等を後遺したことにつき、手技上の過失が肯定され、ただし、承諾の不存在等に対する主張が退けられた事例。	有責	否定	複合	承諾の前 提	損害発生 の危険性 が小さい
126	昭和62年 10月28日	横浜地裁	判タ 682-195 判時 1275-90	上咽頭癌患者の上気道狭窄による窒息防止のための気管切開術中に患者が痰の貯留により呼吸停止後、意識喪失となり、死亡した場合において、準備不足の過失、呼吸停止に対する対応を誤った過失はなく、手術をしない場合の危険性が高く、また手術による救命可能性があり、危険の増大の懸念はほとんど無視しうる事情のもとでは、原疾患による危険性と手術の必要性だけを説明した医師には、説明義務違反の過失もないとされた。	無責	否定	複合	承諾の前 提	損害発生 の危険性 が小さい
127	昭和62年 11月9日	大阪地裁	判タ 674-167 判時 1289-87	新生児後遺症による重症脳性小児麻痺を後遺したことにつき、退院時に兄には軽度の横断が認められたが、退院時の判断や退院後の観察の注意点に關する指示に過失はなかったとされた事例。(退院後の措置＝受診の機会)	無責	否定	複合	療養指導	なし
128	昭和62年 12月11日	京都地裁	判時1279 -55判タ6	昭和51年12月以後に出生した兄の未熟児網膜症につき担当眼科医の過失が肯定され、それ以前に出生した12名の未熟児網膜症につ	****	****	複合		

			64-134説 いては過失が否定された事例。				
			575 34-8-1				
129	昭和63年 2月2日	最高裁	公開物未 登載	麻疹(東京高判60-4-22の上告審)	無責	否定	
130	昭和63年 4月22日	横浜地裁	判時 1303-108	慢性リウマチの患者が疼痛除去のためにジオゾールの投与(注射)を受けたところ、その副作用により全身脱毛したことにつき、本剤の副作用の発現率は20ないし60%と高率であり、医師のためと開始時に副作用について説明し、定期的に異常を発見するための問診、尿検査を実施すべき義務があったとして、責任が肯定された事例。	有責	肯定	複合 療養指導
							なし
131	昭和63年 4月26日	青森地裁	判時 1280-113	出産時の大量出血(手術の承諾)内診義務違反の過失を認め、説明義務違反の判断に入らず。	有責	無	複合 承諾の前 提
132	昭和63年 8月19日	大阪地裁	判タ 686-231	人間ドック検診契約は特定の病状に対する検査・治療を目的としたものではないから、肺に病巣を認めながらその原因を確定しないまま3ヶ月後の再検査を指示しただけの医師に義務違反はないとした事例。(患者は肺癌で死亡)	無責	否定	複合 療養指導
							医療水準 上やむな し
133	昭和63年 9月3日	横浜地裁	判タ 686-218	血管造影(ミエログラフィー)の実施に伴う造影剤マイオジールの注入後に頭痛等が生じたことにつき、原告は、薬剤の必要性、得失、有害性等について説明して、承諾を得ておくべきであったと主張したのに対し、被告医師には、ミエログラフィー施行上の過失はなかったとして、説明義務については判断されなかった。	無責	否定	複合 承諾の前 提
							なし
134	昭和63年 10月3日	東京地裁	判時 1296-77 判タ 686-187	悪性脳腫瘍患者の両親が丸山ワクチンの投与を希望していたが、入院4ヶ月後に被告医師の再検討の結果、免疫療法剤を丸山ワクチンからドシバニールへ変更し、症状悪化。その後両親らの希望で丸山ワクチンの投与が再開されたが好転しないまま更に4ヶ月後に死亡したことにつき、療法の選択に過失はなく、また当初から丸山ワクチンによる免疫療法を補助的療法として適宜併用するといふ説明がなされていたのであるから、知る権利、自己決定権、期待権等の侵害はないとされた事例。	無責	否定	複合 知る権利、承諾 の前提、 治療方法 選択
135	昭和63年 12月26日	東京地裁	判時 1328-58	頸部脊椎症治療のための手術後に患者の上下肢に不完全麻痺が生じたことにつき、手術療法を患者が選択するにあたり、医師が	無責	否定	複合 治療方法 選択、承

						諸の前提
136	昭和63年 12月27日	東京地裁	判時 1333-109	無責 否定 複合 選択	患者が知 っている 内容	
			出産時の子宮破裂により産婦が大量出血を起こし死亡したことに つき、分娩中・後の観察義務違反があるが死亡との因果関係はな いとし、また、産婦は分娩方法の選択について自己決定する機会 を与えられないまま無痛分娩を実施され、陣痛促進剤を投与され たとの主張についても、以前に被告診療所で無痛分娩を経験して いたが、今回も同院を選択したこと、母親学級を通じて、分娩 の説明はしていることなどから、自己決定権の侵害があったとはい えない、とされた事例。			
137	平成1年 1月19日	浦和地裁	判時 1318-99	有責 **** 複合 承諾の前 提		
138	平成1年 2月21日	釧路地裁	判例地方 自治 71-60	無責 否定 複合		
			腎臓移植手術の予後管理のための入院中に、慢性腎不全により患 者が死亡したことにつき、患者は血液透析を拒否する意思であつ たから血液透析を実施しなかったことは、注意義務違反とはいえ ないとして請求が棄却された事例。			
139	平成1年 3月10日	福井地裁	判時 1347-86 判タ 703-186	有責 否定 複合 治療方法 選択	なし	
			クモ膜下出血による発作を起こした患者が、その後再発作により 死亡したことにつき最初の発作時に診察した医師（個人病院）に は、発作の原因をクモ膜下出血であると診断し（急性胃腸炎と誤 診）、専門病院に転送すべき義務違反があったが、後述病院の医 師については、患者家族からの「一か八かで手術をしてほしい」 という申入は、確固たる自己決定権の行使ではなく、また医師が 自己の信念に基づき治療しているところに、極めて成功率の低い 手術を強行するよう求めるもので、適正な自己決定権の行使とはい えず、治療方針の説明等も尽くされていたとされた事例。患者 の死亡による損害の8割は前医の誤診と転送の遅れによるものと して、損害賠償が肯定された事例。			
140	平成1年 3月13日	東京地裁	判タ 702-212 判例地方	有責 否定 複合 治療方法 選択、療 養指導	なし	
			舌癌の治療法の選択につき、新鮮腫瘍の段階で手術を選択せず化学 療法をとったことは医師の裁量の範囲内であるが、再発時に根治 手術を行わなかった点につき過失があるが、化学療法法の採用につ			

		自治 67-51	き、患者への説明義務違反はなかったとされた。しかし、医師の対応が無愛想であったために患者が不信任を抱き受診を中止したことにつき、受診中止の原因を突き止め、適切な助言をし、病状の悪化を防止すべき注意義務があったとされ、3割の賠償責任が認定された事例。				(助)言葉 務に関 し)	
141	平成1年 4月18日	福岡地裁 判タ699- 61	福岡予防接種禍訴訟第一審判決。説明義務に関しては、強制接種につき、国が被接種者に対して副反応の説明をしなかったこと、その他の接種についても、国が自治体や開業医に対し、説明を尽くすよう行政指導しなかったことが、それぞれ国の過失にはあたらないとされた。理由として、副反応の発生頻度が著しく低いこと、予防接種の目的が、個人防衛とともに、集団防衛作用を狙ったものであり、しかも、法律や行政指導に基づいて行われる、という点を挙げている。	有責	否定	複合 提	承諾の前	強行規定 による強 制治療、 損害発生 の危険性 が小さい
142	平成1年 4月18日	東京地裁 判タ 718-187 判時 1347-62	セルジンガー法による脳血管撮影後に左片麻痺を後遺したことに つき、両者の因果関係はあるが、施行上の過失はなく、また、同 撮影の危険性に関する説明についても、合併症が発生する頻度が 低いときは、医師の説明は簡略なもので足り、それに対する患者 側からの詳細な質問がないときは、簡略な説明でも説明義務を果 たしたとされた事例。患者家族は、検査の実施を全く聞かされて いなかったと主張するが、検査前の剃毛時に、何らの質問も発し なかったことから、かかる主張を排斥。	無責	否定	複合 提	承諾の前	説明を受 ける機会 を放棄、 損害発生 の危険性 が小さい、緊急 事態
143	平成1年 5月26日	浦和地裁 判タ 715-208	内利開業医が悪性リンパ腫を確診できなかったことに過失はな く、また経過観察中の段階では、患者や家族に対して、病状につ いて具体的な説明をしたり、早期に設備の整った病院に転医させ る等の義務は生じないとされた事例。	無責	否定	複合	療養指導	医師水準 上やむな し
144	平成1年 5月29日	広島地裁 判時 1343-89 判タ 705-244 法律新聞 929-6	子宮筋腫の手術で、筋腫だけの摘出をすべきところを患者の承諾 を得ずに子宮全摘術を行ったことが違法であるとして、医師の損 害賠償責任が認められた事例。当初、虫垂炎の手術として開始し たが、術者が卵巣の腫瘍を触知し、全麻に切り替え。その後、子 宮筋腫を発見し、卵巣摘出の同意を得ていたことから、子宮を無 断で摘出したもの。虫垂炎の誤診、子宮全摘の過剰がなかったこ と、産婦人科への転送がなされなかったことについては、過失な しとされた。	有責	肯定	複合 提	承諾の前	なし

145	平成1年 5月29日	名古屋地裁	判タ 699-279 法律新聞 930-6 判時 1325-103	患者に胆のう癌の病名を告知しなかったことにより、治療が手遅れになり死亡したことにつき、遺族が病院の債務不履行責任を追及した事案で、診断は癌の確定診断までには至っていないなかったこと、癌の告知は医師の裁量の範囲内であることを理由として請求が棄却された事例。	無責	否定	純粋	療養指導	治療上の悪影響、医療水準上やむなし
146	平成1年 7月21日	東京地裁	判時 1334-21	昭和38年から48年11月までに出生した43名の未熟児網膜症の集団訴訟につき、眼底検査の不実施、光線固、冷凍凝固治療が診療当時の医療水準に達していなかったとして、請求が棄却され、受診の機会の喪失もなかったとされたもの。東京未熟児網膜症集団訴訟。	無責	否定	複合	治療方法選択	医療水準上やむなし
147	平成1年 11月29日	東京地裁 八王子支部	判タ 717-195 判時 1346-103	第3子出産のため（第1子帝王切死産、第2子自然分娩）入院中、陣痛促進剤を投与されたところ、子宮破裂し、娩出まで30分間、児が難欠状態となり、重度脳性麻痺を後遺し死亡したことにつき、促進剤の投与速度には過失があったが、帝王切開既往者への陣痛促進剤投与による子宮破裂はごく稀にしか起こらず、これを説明しなかった点については過失はないとされた事例。	有責	否定	複合		損害発生の危険性が小さい
148	平成1年 12月27日	東京地裁	判時 1358-115	第二子の出産のために診療所に入院した妊婦が死産後脳白質変性症により死亡した医師に診療事故につき、医師に事前検査不足・治療方針の不適切・分娩監視の不充分、説明不十分等の注意義務違反が認められなかった事例。	無責	否定	複合	承諾の前提、治療方法選択、権利	なし
149	平成2年 3月12日	東京地裁	判時 1371-96	心房中隔欠損症の手術を受けた幼児（4歳5月）が手術後3日めに死亡したことにつき、担当医師に説明義務違反・手術時期の選択上の過失・不必要な検査を実施した過失・術後管理上の過失などが認められなかった事例。	無責	否定	複合	知る権利	
150	平成2年 6月25日	神戸地裁	判タ 742-142 判時 1373-108	肺癌の確定診断のための気管支造影検査中、急性心筋梗塞で死亡したことにつき、嫌がる患者に無理矢理検査を強行した事実はなく、検査にも過失はなかったとされた事例。	無責	否定	複合	承諾の前提	治療上の悪影響
151	平成2年 10月8日	神戸地裁 明石支部	判時 1394-128	酔って自宅の階段から転落し、救急診療を受けて帰宅したところ容体が急変し、硬膜下出血等により死亡したことにつき、救急診療を担当した医師には、問診義務を尽くさずに、脳損傷の可能性	有責	肯定	複合	療養指導	なし

152	平成2年 10月31日	名古屋高 裁	判時 1373-68 判タ 744-182 高民集 43-3-178	はないものと速断した点、患者を帰宅させる際、付添人に今後の容体変化に対する留意点や採るべき措置についての説明義務を尽くさなかった点等に過失があったとされた。ただし、予後不良事例につき、金損書の50パーセントの限度で損害賠償義務を認容。患者の癌病名を告知しなかったために、治療が手遅れになったとして、遺族が病院の債務不履行責任を追及したもの。初診から日が浅い本件の診療当時、当該の医師・患者間に癌の告知を相当とするまでの信頼関係が形成されてはいなかったことから、「胆石症」と告げて入院を勧めた医師の措置には過誤がなかったとされた。	無責	否定	純粹	知る権 利、療養 指導	治療上の 悪影響、 医療水準 上やむな し
153	平成2年 12月19日	静岡地裁 沼津支部	判タ 751-208 判時 1394-137 法律新聞 997-6	人間ドックの検査で、癌の疑いがあると診断しながら、精密検査をするか、本人或いは家族に他の医療機関での受診を説明指導すべきであったのにこれを失念した(放置した)過失があるとして、感謝料の支払いが命じられた事例。 ドック検査後1年9ヶ月放置されていたことから、延命期間は相当長かったと判示。	有責	肯定	純粹	療養指導	なし
154	平成3年 1月28日	大阪地裁	判タ 779-253	交通事故に起因する腹痛の患者を自宅で経過観察するに際して、家族に対する指示、説明、緊急時の受け入れ態勢に不備があったが、外傷性腹膜炎で死亡したこととの因果関係はないとして、請求が棄却された事例。	無責	否定	純粹	療養指導	
155	平成3年 3月28日	東京地裁	判タ 764-224 判時 1399-77	股関節の関節症に罹患している患者の治療に当たっていた医師が、手術に際して、手術の適応時期及び全体としての治療方針を患者に説明せず、患者は十分な情報を与えられないまま手術を承諾する結果となったとして、説明義務違反による感謝料請求を認容した事例。	有責	肯定	複合	承諾の前 提	なし
156	平成3年 7月25日	東京地裁	判タ 777-187 判時 1426-94	グットバスター症候群の患者への経気管支生検中、当初同意を得ていたのとは別の病変(動脈突起)を発見したため、これを採取しようとしたところ、大量出血により死亡したことにつき、手技上の過失を否定したうえで、説明義務について、包括的な同意を得ていることから、軽微な侵襲については、改めて個別の説明を要しない、として原告の請求が棄却された事例。	無責	否定	複合	承諾の前 提	損害発生 の危険性 が小さい 、緊急事 態
157	平成3年 10月4日	静岡地裁	判時1405 -86判タ7	気管支拡張症の患者へエンボライゼイション(塞栓術)を施術したが、誤って脊髄動脈を塞栓したため、両下肢機能障害を後遺した。	有責	肯定	複合	承諾の前 提	なし

			73-227	たことにつき、手技過失、施術の不適応を認めたうえで、施術の適応、副作用、合併症等につき、何らの説明もしなかったとして、説明義務違反をも認め、担当医師及び病院側の損害賠償責任が認められた事例。					
158	平成3年 11月21日	東京高裁	判時 1414-54 判タ 779-227	変形性股関節症の患者に対する人工股関節置換手術につき過失はなく、説明義務違反もないとされた事例。説明の程度、方法は、具体的な病状、患者への影響、患者の知識、性格を考慮した医師の合理的裁量に委ねざるをえない。本件では、初診時に症状、治療法を十分説明されており、手術内容を把握していたので、判断資料として欠けた説明とはいえない。	無責	否定	複合	承諾の前提	患者が知っている内容
159	平成3年 12月9日	高松地裁	判タ 783-197 判時 1435-116	食道胃静脈瘤の塞栓手術（TIO）中に患者が呼吸停止を起こして死亡した事案において、医師には、患者の手術の必要性、術式選択を不十分な材料をもとに判断して患者らに説明し同意を取り付けたとして、前提所見を欠いたこと、不完全な同意しか取り付けたこと、にそれぞれ過失があるとされ、医学上の判断ミス並びに患者への説明義務違反・自己決定権侵害があったとされた事例。	有責	肯定	複合	承諾の前提	なし
160	平成4年 1月29日	大阪地裁	判タ 783-180 判時 1427-111	肝硬変から肝細胞癌への移行による患者の死亡につき、医師の諸検査懈怠による早期発見義務違反と死亡との間の因果関係はないが、延命利益侵害があったとして慰謝料請求が認められた事例。	有責	否定	複合	療養指導	なし
161	平成4年 4月15日	名古屋地裁	判時 1461-114	細菌性大腸炎による敗血症等の治療において、解熱のためにダエノリンを静脈注射したところ、アナフィラキシーもしくは同類似の症状により、血圧降下、死亡したことにつき、事前のテスト、ショック発生後の措置に過失はなく、また同薬剤の危険性に関する説明についても、危険発生頻度が低く、アナフィラキシーショック発生の可能性に関する説明義務はないとして、医師の責任が否定された事例。	無責	否定	複合	承諾の前提	損害発生 の危険性 が小さい
162	平成4年 8月31日	東京地裁	判タ793- 275	脳動静脈奇形（AVM）の摘出手術について、2回目の手術で脳腫脹をきたし死亡したことにつき、手技上の過失は否定し、手術の危険性、しない場合の危険性を対比・説明しなかったことを過失と認めたが、手術の諾否との因果関係を否定し。ただし、本人の選択の機会を奪ったことに対する慰謝料として、600万円の支払	有責	肯定	複合	承諾の前提、治療方法選択の前提	なし

				いが命じられた事例。——東大病院 AVM 摘出手術説明義務訴訟 第一審判決					
163	平成 4 年 10月30日	京都地裁	判時 1475-125	胃癌のための胃全摘手術により、食道と空腸の吻合部縫合不全 による孔が発生し、胆汁等の消化液が胸腔内に漏出して、胸腹膜 炎で死亡した場合に、胃の全摘をするとの説明を家族（夫）にし ていれば、危険性、他の治療法との優劣等を逐一説明する義務は なく、また、執刀医が大学教授であることを家族が熟知している 場合には、当該病院の医療態勢についても説明義務はないが、縫 合不全とその発見、処置の遅れには過失があったとされた事例。	有責	否定	複合	承諾の前 提	患者が知 っている 内容
164	平成 4 年 11月26日	神戸地裁 尼崎支部	判時 1479-73	楠田式推弓切除術を用いた脊髄内軟骨腫瘍摘出手術等の危険の説 明につき、説明の内容は不十分であったが、後遺症との因果関係 は否定されるとして、手術手技上の過誤と認定。	有責	否定	複合	治療方法 選択	なし
165	平成 4 年 11月26日	名古屋地 裁	判タ 818-117	11歳の少女に対する脊注変形矯正手術の承諾の前提としての説明 につき、下半身麻痺の発生頻度は全く不明であり、説明の仕方が 難しく、また従うに不安に陥れることのないようにとの配慮から も、具体的危険を指摘しなくともよいとされたが、術中のラエイ クアツアナストを実施しなかったことは過失と認定。	有責	否定	複合	承諾の前 提	損害発生 の危険性 が小さい、医療 水準、治 療上の悪 影響
166	平成 4 年 12月21日	広島地裁	判タ 814-202	脳出血の血腫除去手術を受けた後に死亡した患者の遺族が、死因 についての当初の医師の説明が嘔吐物の誤飲による窒息とされて いたため、医師の管理過失を問う訴訟として本訴を提起したが、 訴訟上の鑑定により、真の死因は、重度脳障害と骨格能障害によ る急性心不全と判明したことにつき、誤った死因説明が不法行為 にあたるとされた事例。死因の説明は、医師の本来の責務である 診療行為の内容には属さないが、付随的には、診療を通じて知り 得た事実に基づく遺族への適切な説明をすることは法的な義務で ある。ただ、付随的な性格上、正確性等につき、過度の要求はで きないが、基礎的な知識の欠如による誤説明については、不法行 為が成立する。	有責	肯定	複合	顕未報告	なし
167	平成 5 年 5月27日	山口地裁 岩国支部	判時 1487-115	右頸部腫瘍の生検（試験切除）についての承諾を得ただけで、当 初から全部摘除手術を念頭において、全摘手術を強行し、頸動脈 破綻性出血により患者が死亡したことにつき、医師には承諾・裁量	有責	肯定	複合	承諾の前 提	なし

									の範囲を逸脱した過失があるとされた事例。
168	平成5年 6月16日	松江地裁	判タ 820-216		無責	否定	複合	承諾の前 提、治療 方法選択 の前提	
									交通事故で胸部痛等を除去するために行われたくも膜下クモナー ルタリセリンブロックにつき、適応ありとし、手技過失、説明義 務違反ともに否定された事例。患者本人は硬膜外ブロックを希望 していた旨主張するが、事実認定として否定。合併症の危険等の 説明に不十分な点はあるが、説明の内容・程度は患者の状況、受 診態度等により総合的に決せられるとして、義務違反とまではい かないとされた。
169	平成5年 7月30日	東京地裁	判タ 870-236		無責	否定	複合 提	承諾の前 提	損害発生 の危険性 が小さい
									旅行中に階段から転落し脳障害を負った患者に対するセルジンガ ー法による脳血管造影の結果、新たな梗塞を生じ、身体障害1級 を後遺した場合に、患者の親族に簡略な説明をして承諾を得てい れば（セルジンガー法は危険性が低い、患者本人は理解能力が低 下）、説明義務違反はなく、またリハビリ専門病院への転院前に 約1ヶ月間、経過観察したことも転医義務違反にはならないとさ れた事例。
170	平成5年 7月30日	東京地裁	判タ 859-228		無責	否定	複合 治療方法 選択		医療水準 上やむな し
									乳癌で乳房全摘出術を受けた患者の診療過程で、医師には乳房の 腫瘍の取り残しや腫瘍の増大、悪性化を放置した過失はなく、昭 和62年当時、乳房温存法が確立された治療法とはいえなかったこ とを理由に、同療法を実施すべき義務、また、これを説明すべき 義務もなかったとされた事例。
171	平成5年 10月7日	福岡地裁	判時 1509-123		有責	肯定	複合 承諾の前 提、治療 方法選択		なし
									未摘の陥没乳頭の女性に乳頭の形成ないし造設術を実施したところ、右乳頭壊死に至ったことにつき、術式選択の裁量を逸脱した 過失は否定されたが、切開線の内容、傷跡の有無、状況についての 事前の説明を全くしなかったことについて、説明義務違反を肯 定した事例。
172	平成5年 12月28日	東京高裁	未登載						東京地判平成4-8-31の控訴審。本件手術を受けるかどうかを判断 するための十分な説明をしなかった点に過失あり。
173	平成6年 2月10日	新潟地裁	判タ 835-275		有責	肯定	複合 承諾の前 提		し
									AVMのバルーンカテーテルによる塞栓術において、塞栓物質（ジ アノアクリレート）が正常血管に流入した結果、脳幹部損傷による 後遺障害を残したことにつき、昭和62年当時の医療水準では 医師の判断、手技につき、過失があったとは断定できないが、本 件手術が根治的なものではないこと、合併症の危険があること、 有効性、必要性についての検討の余地があること等の重要事項に

174	平成6年 3月24日	神戸地裁	判時 1525-115	ついで説明がなくして、患者がなした同意は適法なものとはいえず、拒絶した可能性も高い、として逸失利益、慰謝料等8,500万円余が認定された事例。～新潟AVM訴訟～ 開業医が慢性肝炎から肝硬変に移行している患者に対して、絶対的禁酒を警告せず、専門病院への転送を怠ったことにより、肝硬変に移行させたとして、損害賠償請求が認められた事例。(過失相殺8割)	有責	肯定	複合	療養指導	患者の協力
175	平成3月 30日	東京地裁	判時 1522-104	進行性末期胃癌（ボールマンⅢ型）患者への病名告知につき、患者本人と夫（心臓病の持病）への不告知は、医師の合理的裁量によって相当とされたが、娘に対しては、住所等が判明していた以上、積極的に連絡をとり告知すべきであったとして、慰謝料支払いが命じられた事例。（延命利益は肯定するも、就労可能性なしとして、逸失利益は否定）	有責	肯定	純粋	療養指導	なし
176	平成6年 4月28日	前橋地裁 高崎支部	判タ 856-244	幼児のフッロー四徴症に対する心内修復手術につき、適応判断、手技過失、両親の承諾を与えるための手術内容、効果、危険性等に関する説明が不十分であった、他の2つの治療法についての説明がなかったとの訴えをしたもの。すべてに過失が否定された。原告が選択肢として挙げた治療には、適応の点で問題もあり、結局、医師が最適と判断した治療について説明すれば足りる。	無責	否定	複合	承諾の前提、治療方法選択	なし
177	平成6年 9月12日	宮崎地裁	判時 1547-114	クモ膜下出血患者に対する術式選択についての説明義務違反。クリッピング術が最善であるにも拘わらず、これを積極的に説明せず、代替的なバイパス・頸動脈結紮術を患者が希望するままに選択したが、準備中に容態急変し、クリッピングを明確に拒否されたものでない以上、医師には両者の利害得失を十分に比較説明し、クリッピングの優位性を示すべき法的義務があった。	有責	肯定	純粋	治療方法選択	なし
178	平成6年 10月17日	東京地裁	判時 1539-86 判タ 894-241	脊髄動脈奇形（AVM）摘出手術後の下肢麻痺、歩行不能など。説明義務違反の訴えに対して、医師は病名、手術の内容、手術をしない場合の手後等について説明を尽くしていたことを認定。	無責	否定	複合	承諾の前提、治療方法選択	なし
179	平成6年 11月16日	福岡地裁	判時 1548-124	新生児が核黄疸を発症し、1週間後の再来院を指示されて退院したが、3日後に容態が悪化し、脳性麻痺を後遺したことに付き、退院後の適切な経過観察の指示、説明がない本件では、交換輸血の実施という観点からも、2日後の再来院を指示すべきであった	有責	肯定	複合	療養指導	なし

180	平成7年 1月20日	福岡地裁	判時 1558-111	として、医療機関の債務不履行責任を肯定した事例。 慢性肝炎の治療を受けていた患者が、肝硬変に発展し、食道静脈瘤の破裂により死亡したことにつき、診療所の医師は、自らの検査によって食道静脈瘤の有無を確認したり、そのことについて説明を行うなどの注意義務を怠り、また自院で対応できない場合には、転医させて血管造影や内視鏡検査、硬化療法や手術療法などを受けるよう転医勧告や説明をすべき義務をいずれも尽くさなかったとして、医師の責任が肯定された事例。	有責	肯定	複合	療養指導	なし
181	平成7年 3月24日	東京地裁	判時 1546-42 判タ 897-173	乳房のしこりを発見してY医を受診したところ、Yは患者の乳癌を見落としたし、乳腺症の可能性が高いと疑診し、生理後の再度の来院を指示したところ、他医を紹介され、約一年後に死亡したものの。Yは当初の診察時に専門病院への転医を指示すべきであったのに、漫然と経過観察を続けた過失があるとして、延命利益侵害による慰謝料請求が認められたもの。	有責	肯定	純粋	療養指導	なし
182	平成7年 4月25日	最高裁判 所第三小 法廷	判時 1530-53 判タ 877-171 民集 49-4- 1163	胆のう癌の疑いがあると診断した医師が、患者或いはその夫に病状を説明しなかったことが診療契約上の債務不履行に当たらないとされた事例。	無責	否定	純粋	療養指導、 権利 侵害、 知る 機会 を放棄、 治療上の 悪影響	説明を受 ける機会 を放棄、 治療上の 悪影響
183	成7年5 月30日	平最高裁 判所第三 小法廷	判時 1553-78 判タ 897-64	未熟児として出生した新生児を黄疸がみられるまま退院させ、その際に「何かあったらすぐ来るように」との一般的注意をしたのみで、また、黄疸が長びいているのは未熟児のためだから心配しない、との説明を親にしたため、結果的に核黄疸の発見が遅れ、脳性麻痺になったもの。本件事情のもとでは、黄疸が増強して補乳力低下等が現れたら、速やかに来院すべし、との説明・指導をすべきであったとして、医師無責とした原判決を破棄差し戻したものの。	有責	肯定	純粋	療養指導	なし
184	平成7年 7月28日	東京地裁	判時 1551-100	多汗症、腋臭の美容整形手術につき、20歳の女性患者に、手術の効果や瘢痕の残存可能性等につき、十分な説明をしなかった医師の説明義務違反を肯定。特に女性誌に楽観的な広告を掲載している被告としては、患者が過度の期待や誤解をしないよう説明すべき	有責	肯定	複合	承諾の前 提	なし

185	平成7年 10月26日	大阪地裁	判タ 908-238	き義務がある。手術については無責。 下腿骨折治療に際して、髄内釘を挿入していたところ、退院後、化膿性骨髄炎に罹患したものの。感染の事実から手技の過誤は推定できないが、本件処置のような観血的方法と非観血的なギプス固定法があり、前者に感染の危険性が無視できないことなどの双方の利害得失を十分説明すべき義務が果たたとして、医師有責。	有責	肯定	複合 選択	治療方法 なし
186	平成8年 2月27日	高松高裁	判時 1591-44 判タ 908-232	髄膜腫の手術によって抗腫瘍剤2種及び便秘薬を処方され、退院した患者が副作用により TEN（中毒性表皮融解症）を発症し死亡したことにつき、TENの発症率は0.0022%と極めて低いが、発症すれば重大な結果を招くものであり、また、能書および厚生省の副作用情報でも指摘されていたものである以上、服薬中に医師の診断を受けるべき場合等について具体的に指導し、危険性を説明指導すべき義務が医師にはあったとして、遺族の慰謝料請求が一部認容された事例。	有責	肯定	複合 療養指導	なし
187	平成8年 3月22日	秋田地裁	判時 1595-129	肺の進行性末期癌で77歳で死亡した男性患者及びその遺族が、被告病院で癌告知を受けなかったため、余命についての適切な生活配慮ができず、予め死を予期して対処する生活を送れなかったなどとして、慰謝料請求をしたが、癌告知は死の宣告に近く、精神的衝撃が大きいこと、医療界でも癌告知に関する明確な基準がないこと、告知を望まない患者もあること、などの事情から、結局、本人の病状、余命期間、本人、家族の人格、告知の希望の有無、精神的ケアの見込み等を勘案して、医師の判断によって行われるべきものであり、本件では高齢者2人暮らしであること、検査の勧めを拒んでいたこと、突然来院しなくなったこと、早晚家族も末期癌に気づくと考えられたことなどから、医師には裁量権の逸脱はないとされた。	無責	否定	複合	知る権利 治療上の 悪影響
188	平成8年 4月22日	大阪地裁	判時 1585-66	Y1 医師 Y2 医師は X の悪性リンパ腫を疑ったが確信がなかったため他院の受診を勧めたところ、X は他院での診断に反して、「悪性リンパ腫といわれた」旨の報告をし、Y2 は抗癌剤投与を続けた。その後抗癌剤治療中数度にわたり「瓜破（大阪の墓地名）へ行くか」と言ったり、新興宗教の護符を売りつけるなどした。判決では、医師の診断は誤診とは断定できない。Y2 の言動は癌告知後のケアもせず、残された手だては神頼みしかない、と思わせる不	有責		複合 *****	*****

189	平成8年 5月29日	大阪地裁	判時 1594-125	相当なもので、見過しが悲観的な内容を告知する場合には、医師は症状、精神状態等を十分考慮したうえでシヨックを与えないよう、内容程度を慎重に検討すべきである、と判示。 乳癌患者の乳房切除につき、乳房温存療法を勧めなかったことが命じられた事例。術式選択の過失にあたるとして、慰謝料の支払いが命じられる。術式選択の過失とともに主張。平成3年2月当時における、乳房温存療法の実施状況及び評価を説明しなかった点に過失ありとされた。	有責	肯定	複合	治療方法 選択	なし
190	平成8年 6月21日	東京地裁	判時 1590-90	13歳男子のAVM手術において、手術方法選択および術前検査の過失が否定されたが、母親らに対する危険性についての説明が不十分であったことが手術を受けずに自らの責任で余生を送る選択の機会を奪ったとして、高額な慰謝料が認定された事例。医師は術前、手術の必要性、結果、後遺症は残るがリハビリで治せること等を説明していたところ、母親は極端に楽観的となり、前日、医師が危険性が高い旨の追加説明を行った。しかし、前日であったため、予定変更には至らなかった。障害と説明義務違反の因果関係は否定。	有責	肯定	複合	承諾の前提、治療方法選択の前提	なし
191	平成8年 10月31日	山口地裁 岩国支部	判時 1628-8	夫が精管切断手術を受けた際、医師が最低4週間は避妊すべきものを、一週間は避妊するようにとの誤った説明をしたため、残留精子により妻が妊娠したものの。術後の精管の再開通（手技過失）はなかったものと認定されたが、適切な説明をしなかったために、妻の妊娠、中絶を余儀なくされたとし、また、妻は、本件手術の当事者の1人である（共同申し込み）とし、夫婦それぞれについての賠償責任が肯定された事例。	有責	肯定	複合	療養指導	
192	平成9年 1月24日	京都地裁	判時 1628-71	39歳の初産婦が、タウソフ症児を出産したことにつき、胎児の染色体異常を知るための羊水検査を受ける機会を奪われたとの主張が入れられなかった事例。平成6年2月当時、羊水検査は市中病院では普及しておらず、また医師は妊婦から検査申し出を受けた時点で妊娠20週と1日であったことから、人工妊娠中絶の適応がないため、検査を拒否したものであり、かかる検査の情報を提供しなかった医師の判断は、合理的裁量の範囲内であって、説明義務違反にあたらないとされた。	無責	否定	複合	権利、治療方針、療養指導	医療水準 上やむな
193	平成9年	東京地裁	判時	下腹部の不快感、下痢、嘔吐等を主訴として救急外来を受診した	有責	肯定	複合	頭末報告	

	2月25日		1627-118	患者が3日後に意識不明となり死亡したことにつき、医師が死因を急性心筋梗塞としたが、原告遺族側は、死因は腹部大動脈瘤破裂による心不全であると主張し、適切な救急処置を実施しなかったこと、死因に関する説明義務違反、病的原因の解明義務違反等に基づく損害賠償を求めたもの。判決は、手技過失は否定したが、遺族が死因の解明を望んでいる時には解剖等を提案し、その検討の機会を与えるべき信義則上の義務があり、被告には死因解明義務違反があるとして400万円の慰謝料支払いが命じられた。					
194	平成9年 3月7日	大阪地裁	判タ 968-217	歯の痛みを覚えて歯科医院を二度にわたり受診した中学2年女子が、後日、他院でエナメル上皮腫と診断され、腫瘍摘出手術を余儀なくされた事例。歯科医師は、2度めの診察時点で腫瘍を発見し、本人（症状が重大であるかその恐れがある時は、面談または手紙によって、父兄にも）に対して転医を指示すべきであったが、本人に「腫れが悪化するようなら、大きな病院で診てもらいなさい」と告げただけで、転医指示を尽くさなかった。しかし、結果として腫瘍摘出手術は不可避であったとして、損害と過失の間に因果関係なく、請求棄却とされた。	無責	肯定	複合	療養指導	なし
195	平成9年 3月11日	高松地裁	判タ 907-201	首の腫瘍に気づいてY病院を受診した患者（女）が手術を勧められたため入院し、手術前の検査として脳血管撮影を実施され、途中、頭痛、吐き気を訴え、翌日、血圧上昇、呼吸停止となり、1ヶ月後に死亡。患者は腫瘍が悪性ならば手術を希望するとの意思表示をしたところ、術前検査の際、医師は、事実に対して、本件造形が患者の腫瘍の性質が良性か悪性かを鑑別する目的で行うものであるとの印象を与える説明をした。検査当時、腫瘍が悪性でない可能性はかなり高かったが、正しい情報を提供せず、検査の目的を誤解させる説明をしたことは、患者の自己決定権を侵害する。必要性が乏しく、危険性の高い検査を行ったうえ、カテーテルを無理に入れたり、用法に反して高濃度の造影剤を大量に使用したことは医師の過失である。	有責	肯定	複合	治療方法 選択、知 る権利	なし
196	平成9年 3月12日	東京地裁	判タ 964-82	肝腫瘍の手術に際して、エホバの証人信者である患者（女68歳）が予め「如何なる事態になっても輸血は受け入れず、それによる医師の責任は問わない」との文書を差し入れていたにも拘わらず、手術中に医師が輸血したもの。判旨は、文書は公序良俗に反	無責	否定	純粹	承諾の前 提	緊急事態

197	平成9年 4月17日	京都地裁	判タ 965-206	平成元年の乳癌治療で、乳房温存療法ではなく、非定型切除術を用いたことにつき、当時、温存療法は当該施設投の医療水準に達していたとはいえないが、乳癌治療の特殊性から、医療水準以上の内容についても、治療法選択という自己決定権の保障のためには説明義務があると、医師側の過失が肯定された事例。具体的には、乳房温存療法の意義、普及状況、適応基準等に関する事項を説明すべきであった。しかし、患者の癌の悪性が温存療法の非適応と考えられることなどを説明していたとした場合には、患者は切除手術を選択した可能性は十分あるから、承諾の有効性が否定されるところでは言えず、自己決定の機会を奪ったことに對する感謝料のみ認容。	有責	肯定	複合 選択	治療方法 選択	なし
198	平成9年 4月25日	東京地裁	判タ 968-210	子宮癌の摘出手術を受けた後、術後治療として抗腫瘍剤アタチン・アイソンド等と投与されていたところ、血小板減少症による出血性ショックで死亡した。平成4年当時、子宮体部の明細胞癌に對して効果的な標準的治療法が確立されておらず、当該状況のもとで、アタチン・アイソンを投与したこと、血小板減少後も分量を減らしつつも投与を継続したこと等に過失はなく、また、家族や患者本人の不安を考慮して副作用の可能性を控えめに説明したこと、確立された標準的治療法がないことや、有効でない他の療法があることまでをも説明すべき義務はない、として病院側の責任が否定された事例。	無責	否定	複合 選択	治療方法 選択	医療水準 上やむを得 ない、治療 上の悪影響
199	平成9年 8月27日	東京地裁	判時 1639-62	胆石症手術の後の除痛治療で、フェノールグリセリンによるくも膜下神経ブロックを受けた患者が、歩行困難、知覚障害等を後遺した。痛みの原因が不明であった経緯から、心身症的ケアの方法をとることも考えられ、ブロックの適応の有無についての検討が十分ではなかった。また、危険性、合併症についての説明がなく、むしろ、危険がないかのような説明をしたこと、患者は特	有責	肯定	複合 提示	承諾の前	なし

200	平成9年 9月19日	大阪高裁	判時 1635-69	<p>にブロックを望んでいたわけではないことから、医師は、本件ブロックを実施した過失がある。</p> <p>乳癌患者に対して、乳房切除術を実施した医師が、治療方法の選択にあたり、温存療法を受けてみてはどうかとの質問をしなかったことが、説明義務違反にはならないとされた事例。当時、温存療法は報告例も少なく、経過観察期間が短い、通院、術式の問題、再発、再手術等の可能性につき、疑問が残り、専門医の間で広く実施されている状況ではなく安全性は確立されていなかったと認定。したがって実施義務、転送義務もなく、このような危険を犯してまで同療法を受けてみてはどうか、と質問すべき状況ではなかった。また、医師は、温存療法の存在と、その弊害については説明しているから、一応、他の治療方法、その利害得失、予後のいずれにも言及している、として医師有責の原判決を取消。</p>	無責	否定	複合	治療方法 選択	医療水準 上やむな し
201	平成9年 11月19日	岡山地裁	判時 1666-116	<p>慢性的気管支喘息で通院中の患者（17歳）が夜間自宅で発作を起したが、10日後に脳死、1ヶ月半後に死亡したもの。救急処置について過失はないとされ、また、本件発作までの間に、気管支拡張剤の処方をしなかった等の療養指導についても、担当医が患者の病像に鑑み、臨床経過等を総合考慮してした薬利選択は、過失があったとはいえないとして、医師無責とされた。</p>	無責	否定	複合	療養指導	なし
202	平成10年 2月9日	東京高裁	判時 1629-34 判タ 965-83	<p>肝臓血管腫の手術において、成人のエホバの証人信者が輸血拒否の意思表示を免責証書によって示していたが、医師は術後再出血がある場合には医師の良心に従って手術を行う旨の説明をしていたところ、術中に浸潤が認められたため、輸血を行ったもの。一審は、患者の輸血拒否の意思表示は公序良俗に反し無効としたが、本判決では、できる限り輸血をしないで手術をする旨の合意が成立していたと認められ、かかる自己決定は尊重され、またその行使の結果は患者が甘受すべきであるとして、輸血拒否の自己決定を侵害されたことにつき慰謝料請求が認められたもの。</p>	有責	肯定	純粋 提、治療 方法選択 の前提	承諾の前 提、治療 方法選択	なし
203	平成10年 2月23日	大阪地裁	判タ 974-186	<p>S状結腸癌の切除に際して、腹腔鏡下での切除術を実施したが、手技上の過失により十二指腸に穿孔を生じたもの。原告患者は、腹腔鏡下S状結腸切除術は、手法の確立されていない危険な方法であったのにこれを説明しなかった等と主張したが、病状、手術</p>	有責	否定	複合	治療方法 選択	なし

204	平成10年 2月24日	東京地裁	判タ 1015-222	の内容、必要性、予想される危険性等について、当時の医療水準に照らし相当とされる事項が説明されており、義務違反はないとされた。合併症が起きる比率等についても細かく説明されている。ただし、手技上の過失については肯定し、有責。	無責	否定	複合	療養指導	患者が知っている内容
205	平成10年 2月25日	東京高裁	判時 1646-64	患者の死因についての遺族に対する説明義務違反が認められた一審判決が覆され、死因解明義務が否定された事例。死因解明義務は死体解剖保存法から導くことはできない、遺族に対する説明義務を患者本人との間の診療契約から導くことはできない、また、医師の一般的な説明義務からは死因解明・説明義務を導くことはできない、本件医師は自らが確信した、急性心筋梗塞との死因に基づいた説明を行っているとして、医師側勝訴。	無責	否定	複合	顕末報告	なし
206	平成10年 3月9日	仙台高裁 秋田支部	判時 1679-40 判タ 1024-253	秋田地判平成8年3月22日の控訴審。 77歳男性患者の癌病名を家族に告知しなかったことが、患者が家族からの手厚い看護を受け、充実した余命を送る可能性（「期待権」）を奪ったとして債務不履行、不法行為に基づく賠償請求（患者本人の慰謝料）が認容された。患者本人への不告知を控えることは医師の裁量の範囲内だが、その場合には家族への告知を検討しなくてはならず、これを検討せず、家族との接触に努めなかったこと自体が債務不履行・不法行為にあたる。平成2年11月から3年3月まで受診。	有責	肯定	複合	知る権利	なし
207	平成10年 3月13日	札幌地裁	判タ 997-253	Y1病院から転勤先のY2病院で引き続いて原告患者を診察していたY3医師が、Y1勤務時に患者の良性腫瘍を適切な検査を実施しなかったために、癌と誤診・告知し、抗癌剤投与等を断じた後、Y2転勤後に、良性と判明し、2年4月ぶりに告知を訂正したものの、被告知の精神的打撃に抗癌剤投与があいまったことにより、告知訂正後1年経過までの間の労働能力喪失を認定し（訂正まで90%、訂正後1年間につき69%。ただし素因による10%喪失あり、したがって訂正までの期間は100%喪失していたことにな	有責	肯定	純粋	*****	なし

208	平成10年 4月22日	岡山地裁	判時 1672-100	近視矯正のRK手術につき、手術内容についての説明をせず、危険性が全くないかのような説明はをして、有効な承諾を得ないまま手術を実施した結果、近視改善の効果が無い上に、スターバースト等の後遺症が残ったことにつき、説明義務違反が認められた事例。手術当時、同手術には、学界でも賛否両説があり、反対派が多数であった状況等から、手術の目的、内容、危険性、手術しない場合の予後等について、説明すべきであった。手術の誘引にも強引な状況がみられる。	有責	肯定	複合	承諾の前 提	なし
209	平成10年 4月24日	大阪地裁	判タ 1027-234	心臓の冠状動脈バイパス手術後にMRSAに感染し死亡したことにつき、術後管理等の過失は認められたが、術前の手術の危険性等に関する説明については義務違反が認められなかった事例。	有責	否定	複合	承諾の前 提	なし
210	平成10年 6月26日	前橋地裁	判時 1693-110	切迫早産と気管支喘息の発作を併発した患者に消炎剤としてインソトマタソンを投与したところ、アスピリン喘息発作により母子ともに死亡したことにつき、投与の危険性と必要性の説明と同意取り付けがなく、自覚症状を報告させるような指示もしなかったこと、その他投与方法、発作時の対応等に過失があったとされた事例。	有責	肯定	複合	承諾の前 提	なし
211	平成10年 7月17日	浦和地裁	判時 1671-103	糖尿病患者の血糖コントロールが不十分のため、2年間の通院治療の後、患者が目のかすみを訴えたことから眼科医へ転医したが、矯正不可能なほどに糖尿病性網膜症が進行した事例。原告患者側は、漫然と経口血糖降下剤が投与されただけで、食事療法、運動療法の指導が行われなかった、眼科医への受診指導もなかった、と主張。認定にれば、当初、医師は、糖尿病治療では、食事・運動療法が最も重要であると告げ、カロリー摂取量について1,600kcal/日と指定してこれを守るよう指導し、運動の内容、量について助言もしており、不十分とはいえない。また、以前から、他の複数の医師から、食事・運動療法の内容を教わっており、過去の知識経験に照らして、少なからず正確な知識があることが何われる。結局、医師は、患者が指導内容を守るよう促すしかないが、本件患者は、病気を軽視して、熱心に取り組まなかったと	無責	否定	複合	療養指導	患者が知 っている 内容

212	平成10年 9月22日	大阪地裁	判タ 1027-230	S字結腸の内視鏡的ポリープ除去手術後、帰宅し翌日手術部位に 穿孔を生じて腹膜炎となったことにつき、手術日当日に患者を帰 宅させる場合には、手術の内容、食事内容、生活上の注意をして 予後に万全の注意を払うべきであったのに出血や痛みが止まらな ければ来院するようにとの指示のみでは、療養方法の指導、説明 に過失があったとされた事例。手術適応や承諾の前提としての説 明義務違反の主張には判断示さず。	有責	肯定	複合 療養指 導、承 諾の 前提	なし
213	平成10年 9月24日	松山地裁 字和島支 部	判時 1695-100 判タ 1042-214	人間ドックの血液検査でC型肝炎ウイルス強陽性の判定結果が出 て、入院再検査をしたところ、当初の判定は誤りであったことが 判明したことにつき、検査自体には医療水準上の過失はなく、従 って、C型肝炎に罹患しているとの誤解を与えた説明義務違反も なく、検査結果の誤りにについても原因が特定できない以上、明確 に説明すべき義務を課することはできないとして、無責とされた事 例。	無責	否定	複合 願末報 告、承 諾の 前提 上やむ なし	医療水準
214	平成10年 9月28日	大阪地裁	判時 1682-78	近視矯正のRK手術に効果がなく、スクーバスト現象等の後遺 症が生じたことにつき、医師らには、本件手術が未だ医学的には 疑問のある手技であり、かつ緊急性、必要性が乏しい手術である から、危険性等について、十分「事前告知」すべきであったとし て、責任が肯定された事例。	有責	肯定	純粋 承諾の 前提	なし
215	平成10年 12月18日	大阪地裁	判タ 1021-201	総胆管癌の治療のために脾臓十二指腸の切除を受けたが縫合不全 等により死亡したことにつき、医師は患者の病状、治療の内容、 必要性、予測される危険性等について、患者の妻に対して説明す べき義務があり、妻の権利と責任において患者本人の治療や人生 に関する決定の機会を奪われ、患者本人もその機会を奪われたこ とになるとして、慰謝料が認容された事例。	有責	肯定	複合 承諾の 前提、治療 方法選択	なし
216	平成10年 12月24日	静岡地裁	判タ 1027-221	乳癌、大腸癌の手術後に肝不全で死亡したことにつき、術前の血 液検査不実施等とら及び、投与した抗癌剤の薬剤名、投与量、投 与方法についての説明義務違反が争われたが、投与に伴う危険性 の説明がなされていたとして、医師の過失が否定された事例。	無責	否定	複合 承諾の 前提	なし
217	平成11年 3月12日	広島高裁 松江支部	判時 1702-107 判タ	大腿部閉塞性動脈硬化症の治療として腹部大動脈・両外腸骨動脈 バイパス手術の結果、足部の血行不全から左下腿部切断を余儀な くされたことにつき、手技上の過失とら及び、手術の結果、塞栓	有責	肯定	複合 承諾の 前提	なし

			1059-170	が生じて下肢切断がありうるなどの危険性の説明がなく、よって患者は手術を受けないとの選択をなす自己決定権を侵害されたとして、医師の過失が認められた事例。					
218	平成11年 3月30日	横浜地裁	判タ 1050-229	末期の乳癌患者に治療法の検討の一環として、侵襲が軽微な血管造影検査 (IVDSA) を実施したところ、その後改善をみることなく患者が死亡したことにつき、検査の必要性は認められ、患者本人に対する危険性の説明も、侵襲が軽微な本件では、血行障害がおきるかもしれない、という程度の説明で十分であり、また、家族への説明も不要であるとして、医師側の過失が否定された事例。	無責	否定	複合	承諾の前提	損害発生の危険性が小さい
219	平成11年 4月8日	名古屋地裁	判時 1734-90	早期胃癌の患者が抗癌剤を投与されて白血球減少により感染症で死亡したことにつき、遺族が化学療法法の適応がなかったこと、説明義務違反等を主張したところ、説明義務違反について判断するまでもなく、医師の過失が認められた事例。	有責	****	複合	承諾の前提	*****
220	平成11年 5月31日	東京高裁	判時 1733-37	臍動静脈奇形 (AVM) の全摘手術後片麻痺等の障害を後遺したことにつき、昭和56年当時、AVM 手術には手術成績の悪い例が多く、選択には慎重であるべきであったのにそれらの情報を提供しなかったことにより、患者が保存的療法との比較を十分する機会を喪失したとして、高額 (1,600万円) の慰謝料が認定された事例。(原審東京地判平8.6.21)	有責	肯定	複合	治療方法選択	なし
221	平成11年 7月29日	福岡地裁	判時 1728-84 判タ 1053-199	入院中の妊婦への分娩誘発の実施に際して、医師は誘発を行うことと及びその方法を看護婦を通じて告げたのみで、適応があること、要約を充足してされ、誘発剤の副作用等について説明をしていなかったとされ、子宮収縮剤の過剰投与の過失等と併せて、過速陣痛から胎児に胸性麻痺を後遺したことに医師の責任が認められた事例。	有責	肯定	複合	治療方法選択	なし
222	平成11年 7月30日	大阪地裁 堺支部	判タ 1056-236	結核性の気管支狭管の治療としてシリコンチューブの挿入による気管拡張手術を実施したところ切開部からの出血が凝固して呼吸困難から死亡したことにつき、手技上の過失はなく、死亡の可能性についての説明がされなかったとしても、その危険性が極めて低く、術者本人も予期していなかった本件事実のもとでは、説明義務違反もないとして医師の責任が否定された事例。	無責	否定	複合	承諾の前提	損害発生の危険性が小さい
223	平成11年	横浜地裁	判タ	レックリソングハワゼン病により耳介前部付近の腫瘍を摘出したと	無責	否定	複合	承諾の前提	なし

	8月31日		1054-246	こころ、顔面麻痺等の後遺症が残存したことにつき、医師には手技上の過失はなく、また、顔面麻痺等の後遺症の危険についても事前に十分な説明がなされていた（両親の署名入りの承諾書を病院に差し入れていた）として、医師側の責任が否定された事例。				提
224	平成11年 9月16日	東京高裁	判時 1710-105	72歳の子宮明細胞癌の患者に研究段階であった抗癌剤アクリノマイシンD等を投与したところ白血球、血小板の減少等の副作用により死亡したことににつき、医師らの治療法の選択、治療行為に過失はなかったが、患者への説明については、同療法の先進性を説明することなく、患者のQOL、より楽な死への過程を考慮して治療法を自ら選択するという自己決定の機会が尊重されなかったとして、医師の過失が肯定された事例。	有責	肯定	複合 選択	治療方法 なし
225	平成12年 2月1日	福岡高裁 宮崎支部	判タ 1045-240	死亡した患者の死因解明のため、医師が両親に説明することなく無断で細胞を採取したことが、医療過誤訴訟において斟酌され、遺族固有の慰謝料が認められた事例。（参考事例）	有責	肯定	複合 ****	なし
226	平成12年 2月29日	最高裁 第三小法 廷	民集 54-2-582 判時 1710-97	宗教上の信念から輸血を拒否していた（絶対的無輸血）患者の肝腫瘍摘出手術において、医師が輸血に関する病院の方針を正確に説明することなく、輸血を実施したことにつき、医師の行為は輸血を伴う手術を受けるか否かを意思決定する患者の権利を奪ったものとして、医師らの不法行為責任を肯定し、上告棄却された事例。（エホバの証人輸血拒否訴訟） 控訴審：東京高裁平10.2.9、一番：東京地裁平9.3.12	有責	肯定	純粋 承諾の前 提、治療 方法選択	なし
227	平成12年 3月24日	名古屋地 裁	判時 1733-70	卵巣癌患者への化学療法として臨床試験段階の治療薬を投与したところ、血小板、白血球の減少等により死亡したことににつき、医師らは承認前の治療薬を臨床試験として投与することを患者、家族に説明しておらず、インフォームド・コンセント原則違反があるとして、損害賠償責任が認められた事例。治療の際の説明義務の内容についても詳細に触れている。	有責	肯定	複合 承諾の 前提	なし
228	平成12年 3月27日	東京地裁	判タ 1058-204	西洋医学を行わず、自然療法を提唱する医師が、乳癌患者に玄米菜食等による食事療法を指導し、結果的に癌で死亡したことにつき、本件診療契約は自然医学療法の実施を内容とするものであるから、通常の検査、治療を行わなかったことが直ちに違法となるものではないが、契約に先立ち自然療法の内容、成績についての説明を怠ったことは過失にあたるとして、責任が肯定された事	有責	肯定	複合 選択	なし

229	平成12年 3月27日	大阪地裁	判タ 1061-240	例。 脳腫瘍の確定診断のための脳細胞摘出手術に際して、担当医師が目標点だけでなく周辺の組織も念のため採取したことにより意識障害、四肢不全麻痺等の後遺症を残したことにつき、周辺組織の採取は行きすぎであったとして、医師の過失が認められた事例。周辺組織採取の説明と同意の争点については判断示さず。	有責	****	複合	承諾の前 提	なし
230	平成12年 4月26日	横浜地裁	判時 1734-71	末期肺癌患者への塩酸イリリチンとシスプラチンの併用投与により、腎機能が悪化し、3ヶ月程度の延命利益が奪われたことにつき、医師が腎機能の悪化を見逃していた点に過失があることとされ、インフォームド・コンセント確保義務懈怠の主張については判断が示されなかった事例。	有責	****	複合	承諾の前 提、治療 方法選択	*****
231	平成12年 6月30日	千葉地裁	判時 1741-113 判タ 1034-177	病識がなく治療を拒絶している精神分裂病患者に、精神科医師が患者の叔母の話をもとに診断投薬したことにつき、本来、医師法20条（無診投薬の禁止）、インフォームド・コンセント原則に違反するが、今日の精神科医療の実状からして、応急的には、経験のある医師が家族に十分説明するなどの要件を満たす限り不法行為にはあたらないとして、医師の責任が否定された事例。	無責	否定	複合	承諾の前 提	治療上の 悪影響
232	平成12年 9月18日	名古屋地裁	判時 1750-121	小学2年生の男児が精索捻転症の処置が遅れ左睾丸を喪失したことにつき、当初診察をした外科、内科、消化器内科標榜の診療所医師には、診断上の注意義務違反は認められないが、下腹部痛の訴えから、精索捻転症の可能性を認識し、経過観察上の注意を父親等に喚起し、同時に泌尿器科専門医への転医を勧告すべきであったとして、慰謝料等の支払いが命じられた事例。	有責	肯定	複合	療養指導	なし
233	平成12年 9月22日	大阪地裁	判時 1740-60	近視矯正のレーシック手術により両眼に角膜炎混濁を起こし、不正乱視となったことにつき、眼科医には手術上の過失があり、さらに合併症の危険、手術の目的、内容等についての説明をせずに手術を実施した過失があるとして責任が認められた事例。	有責	肯定	複合	承諾の前 提	なし
234	平成12年 10月25日	岡山地裁	判タ 1056-227	子宮癌の治療中、腹部の帯状疱疹のため神経ブロックを受けたい患者が、両下肢の麻痺を生じ外科的手術も実施しないまま機能全廃の後遺症に至ったことにつき、担当医らには、麻痺の原因について硬膜外膿瘍、血腫、癌の転移の可能性があることを、麻痺への対処として緊急手術の必要性とその危険性も客観的に説明していることから、説明義務違反はないとされた事例。	無責	否定	複合	治療方法 選択	なし

235	平成12年 12月25日	東京地裁	判時 1749-61	顎関節症による首の痛みを訴える患者に、歯科医が十分な説明をしないまま補綴治療を目的として自然歯を大幅に削合するなど。不可逆的かつ侵襲性の高い治療を施されたことにつき、歯科医には、削合した歯は自然歯として使用できなくなるなどの事情を平易に説明したうえで患者の同意をとる義務があったとして、患者の自己決定権を侵害した責任が肯定された事例。	有責	肯定	純粹	治療方法 選択、承諾 の前提	なし
236	平成13年 4月19日	札幌地裁	判時 1756-121	酒気帯び状態で交通事故を起こし救急搬送された患者につき、医師らは肝損傷等を疑い治療継続すべきと説得したにも拘わらず患者自身が帰宅を希望して診療を拒絶し、結局警察での事情聴取中に倒れ、死亡した場合に、医師には医療行為の必要性を説明し説得すべき義務があるが、それでも患者が拒絶する場合にはその意思決定にゆだねるべきであるとして責任が否定された事例。	無責	否定	複合	療養指導	説明を受ける機会を放棄